



Digitized by the Internet Archive
in 2022 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761114687619>

POLICY REPORT



Workers' Compensation Board

Commission des accidents du travail

March 1988

Vol. 1 No. 1

CASPH
L90
- P56



Pat Wellman

INTRODUCTION TO OPERATIONAL POLICY BRANCH

Pat Wellman is Director of the WCB's recently established Operational Policy Branch, which was created in response to the Board's desire for a new approach to the development of its operating policies. Wellman is a lawyer and former solicitor in the WCB's office of the General Counsel, and prior to that, worked in the Review Services Div-

ision. Now, she and her staff are responsible for the development of operating policies relating to the services delivered to injured workers (medical, claims, and rehabilitation) and the assessment and revenue policy concerns of employers.

The goals for the Branch include the establishment of better communications with internal and external groups during the policy development process, the promotion of a better understanding of policy internally and externally, and the attempt to reach a broader consensus on compensation policy issues.

WCB operating policy, like the Workers' Compensation Act, has been evolving since 1915. However, there has never been a centrally coordinated policy function. In the past, the WCB service delivery areas such as claims adjudication, health care benefits, and voca-

Continued page 2

EDITOR'S NOTE

This is the first issue of Policy Report, a bi-monthly newsletter from the Policy and Program Development Department of the Workers' Compensation Board.

As part of the department's mandate to bring a new approach to the development of WCB operating policy, we recognized a need for more frequent and open communication on policy issues. Our audience of internal and external policy stakeholders showed an interest for information about a wide variety of policy issues. We determined that a newsletter would be the vehicle most likely to meet audience requirements.

In future issues of *Policy Report*, we will:

- describe new and amended policies and the guidelines for their application;
- report policies that are under review;
- invite consultation and feedback in the policy development process;

This first issue presents a review of the research and development of the recently approved policy on claims for cancer in gold miners. Also, as an introduction to the policy development process, there is an article about the Operational Policy Branch. An update on the supplementary benefits policy changes and an overview of other areas of policy currently under review are also included in this inaugural issue.

We look forward to receiving your comments on *Policy Report*.

The Editor

CONTENTS

Editors Note	Page 1
Introduction to Operational Policy Branch	Page 1
Increased Access to Information	Page 2
Policy Approved for Gold Miners' Claims	Page 3
External Information Program	Page 3
Policy Under Review	Page 4
Supplementary Benefits/An Update	Page 4

INTRODUCTION TO OPERATIONAL POLICY BRANCH

Continued from page 1

tional rehabilitation were structured into separate and distinct functional units. The responsibility for the development of operational policies resided within each functional unit. Policies were developed in isolation, resulting in inconsistencies.

With the reorganization of the WCB's service delivery functions into integrated service units, a similar development of integrated operational policies was perceived to be necessary. Other catalysts also contributed to the need for changing the process and are reflected in society's own changes. These include new developments in occupational health and safety, industrial medicine, and a growing public awareness of both workers' compensation issues and legal rights. Similarly, the creation of the Workers' Compensation Appeals Tribunal (an independent body reviewing WCB appeals) and the offices of the Employer Adviser and Worker Adviser opens WCB decision and policy making processes to challenge and scrutiny.

The Policy and Program Development Department has been the Board's response to the need for a centrally coordinated policy function. The Operational Policy Branch has drawn its staff from a variety of backgrounds and disciplines such as law, industrial medicine, the social sciences, epidemiology, and business, in addition to experience gained through years of service within diverse service delivery areas of the Board. This mix will ensure that policy is developed in a holistic manner with a high degree of professionalism.

The process begins in the Operational Policy Branch with a request for a review of an existing policy or creation of a new one. The source of the referral may be the WCB's senior management, Board of Dir-

ectors, or service delivery areas. The request might also come from an external source, such as the Ministry of Labour, an individual, a safety association, a trade union, an employer association, WCAT, or the offices of the Worker and Employer Adviser.

The next stage in the process involves research into the relevant Board policies and practices (past and current) and historical and background records to the policy.

Other activities in the process include contact and discussions with the service delivery areas, examination of the Act to determine the legal authority for the policy, investigation of past and current policies and practices of other compensation jurisdictions, collection and review of epidemiological, statistical and actuarial data where necessary, and a review of other legislation that impacts or is affected by the Workers' Compensation Act.

An important initiative of the branch

will be consultation, internally and externally, formally and informally.

Internally, the Operational Policy Branch will seek advice from all areas of the WCB that will be affected by a new policy or policy change. The branch is currently developing a plan for consultation with external parties on major policy issues.

In the latter stages of development, a draft document of the new or revised policy is drawn up and is subject to a cycle of discussion, analysis and refinement, culminating in approvals by WCB senior management and the Board of Directors.

In the final analysis, therefore, the new policy development process can be described as one which places more emphasis on understanding the statutory framework within which policy decisions are made and the rationale or justification for these policies. This will be achieved through a more comprehensive consideration of policy options.

INCREASED ACCESS TO INFORMATION

Ontario's Freedom of Information and Protection of Privacy Act came into effect January 1, 1988. The Act provides Ontario residents with a legal right of access to information contained in the records of government ministries, agencies, boards, commissions and corporations.

In addition, the Act specifies guidelines which the government must adhere to in order to collect, use and disclose information of a personal nature.

The WCB Freedom of Information Co-ordinator, under the auspices of the Training and Information Ser-

vices Branch, will respond to written requests for access to documentation and/or records (certain exemptions and restrictions apply). For further information contact:

**Workers' Compensation Board
Freedom of Information
Co-ordinator
22nd Floor
2 Bloor Street East
Toronto, Ontario
M4W 3C3
(Phone: 927-6845)**

CA 20N
L90
- P56

POLICY APPROVED FOR GOLD MINERS' CLAIMS

On January 8, 1988 the WCB Board of Directors approved a precedent setting policy to compensate Ontario gold miners for cancer conditions attributable to hazards in the workplace.

The policy states that primary cancer of the trachea, bronchus or lung will be accepted as industrial diseases characteristic of gold mining in Ontario prior to 1945 under sections 1(1)(n)(ii) and 122 of the *Ontario Workers' Compensation Act*.

RESEARCH DATA

The "*Study of Mortality of Ontario Gold Miners 1955-1977*" (Muller et al), a joint publication of the Ontario Ministry of Labour, the WCB and the Atomic Energy Control Board of Canada, presented the findings of an epidemiological study which compared the death rate of Ontario gold miners with that of the general male population in Ontario. It concluded that although the mortality rate of gold miners did not exceed that of the general population, gold miners as a group did experience an increased risk of developing lung cancer. A possible relationship to gold mining could be identified in 30% of lung cancer cases. These findings suggested evidence of an employment related condition not previously compensated by the WCB.

In August 1986 the Board requested that the Industrial Disease Standards Panel (IDSP) conduct further research to aid in assessing the relationship between the gold mining environment and the mortality of gold miners due to lung cancer.

The IDSP developed a Dust Exposure Index to facilitate evaluation of the mortality data. Based on the premise that the degree of risk was dependent on the length and era of employment, and since dusty conditions were known to diminish over time, a weighting factor was applied to estimate the dust exposure of each miner in the study population. The IDSP recommended that the miners with the highest dust exposure be eligible for compensation.

Also at the request of the WCB, a simultaneous study was conducted under the direction of Dr. A. Miller, a respected cancer epidemiologist at the University of Toronto. To obtain a biological measure of dust exposure, the Miller panel assessed miners' mortality relative to their x-rays according to the "Ontario Chest X-Ray Classification System". This procedure identified sub-groups of miners who presented double the expected risk of developing lung cancer.

ONTARIO GAZETTE

Both reports were published in the Ontario Gazette on May 9, 1987. As a result, the Board received submissions from various stakeholder groups which were considered during the policy development process.

TWO PHASE POLICY

Despite variations in the eligibility guidelines suggested by each research group, the Board concluded that compensation to gold miners on the basis of employment exposure related lung cancer was warranted.

Phase One of the gold miners policy was approved and implemented in November 1987. Criteria used to determine compensation entitlement reflected the findings common to each research study: sufficient and consistent evidence of occupational exposure and a biologically plausible latency period.

Further analysis of the research data and refinement of the eligibility guidelines contributed to develop-

ment of the Phase Two proposal. The recently approved policy statement and administrative guidelines represent an amalgamation of both phases.

In accordance with the Gold Miners Policy, entitlement to compensation benefits will be considered on the basis of:

- medical evidence establishing the presence of primary cancer of the trachea, bronchus, or lung;
- substantiated history of employment in an Ontario gold mine;
- evidence of "dusty gold mining experience" (as defined by the Ontario WCB coding system) in Ontario prior to 1945;
- presence of a biologically plausible latency period;
- sufficient and consistent evidence of occupational exposure.

Plans are currently underway to identify and inform all affected or potentially affected Ontario gold miners, or their survivors, of possible entitlement to workers' compensation benefits as a result of this new policy.

EXTERNAL CONSULTATION PROGRAM

The Board has approved a proposal to establish an external consultation process. The value of consulting with representatives of external stakeholder groups during the policy development process (employers, organized labour, government, the general public) was outlined in a comprehensive report submitted by the Policy and Program Development Department.

Further information will be available in the next issue of "Policy Report".

SUPPLEMENTARY BENEFITS— AN UPDATE

In early November 1987, the Board administration revised its policy on supplementary benefits awarded under Section 45(5) of the Act. The revision was intended to clarify the criteria for eligibility and duration of supplements and to re-emphasize the link between provision of a supplement and a vocational rehabilitation program tailored to the needs of the injured worker.

The policy change evoked a strong negative reaction in the worker community. This reaction was rooted primarily in the misperception that the revised interpretation of the "threshold test" (the eligibility requirement) would result in large numbers of workers being denied temporary supplements in cases in which they would have qualified under the previous policy. This was, however, not the intention of the revision and this has been borne out by the analysis of recent data on the granting of supplementary benefits.

The Board is closely monitoring the impact of the policy change on actual pension cases. A committee of senior Board staff is reviewing, on a monthly basis, a sample of pension files where eligibility has been denied and a sample where supplements have been awarded. This review is providing a quality control mechanism for assessing the application of the revised policy and also allows for a comparison of eligibility under the current, as opposed to the former, threshold test. The results of this review form the basis for a monthly report to the Board of Directors.

The figures to-date show that there has been virtually no change in the number of workers qualifying for temporary supplements. This review is continuing and updates will be provided from time to time for the interest of Board stakeholders.

A further concern which has been

expressed by the worker community is that the revised policy will deny access to vocational rehabilitation programs. The policy is, in fact, intended to bring renewed focus on the importance of vocational rehabilitation in assisting injured workers in returning to the workforce by providing programs more suited to the specific needs of each worker.

Henry McDonald
Executive Director
Policy and Program
Development Department

Policy Report is a publication of the Policy and Program Development Department of the Workers' Compensation Board. Opinions expressed are those of the Policy and Program Development Department, and do not represent the official position of the Workers' Compensation Board.

Comments or inquiries should be addressed to Jean d'Agenais, Editor, Policy Report, Policy and Program Development Department, 22nd Floor, 2 Bloor Street East, Toronto, Ontario, M4W 3C3. Subscriptions are free on request to this address.

Graphic Production:
Communications Branch

POLICY UNDER REVIEW

NOTE: In each edition, this column will briefly describe key policies under review.

HEARING LOSS

- entitlement criteria for noise-induced hearing loss and noise-induced tinnitus claims
- use of separate scales for rating bilateral and unilateral hearing loss
- awards for total deafness

ATTENDANCE ALLOWANCE

- review priority issues concerning allowances paid to permanently totally disabled workers

INCARCERATED WORKERS

- guidelines for payment of compensation benefits to incarcerated workers

TEMPORARY TOTAL & TEMPORARY PARTIAL DISABILITY

- a general review of policies, guidelines, practices related to Section 40

FIBROMYALGIA

- relationship between fibrositis/fibromyalgia and employment related disability

Workers'
Compensation
BoardCommission
des accidents
du travailMay 1988
Vol. 1 No. 2

POLICY REPORT

Consultation Process Evolves

Consultation with external stakeholders is a process that has been evolving at the Workers' Compensation Board for the past two decades. A 1969 Board Order provided:

"...that all users of our service should be able to make representations on important matters from time to time. The Board has always received delegations of employers, unions and professional bodies as required in the course of its activities on an appointment basis and with an agreed agenda."

Public representation by delegation, albeit ad hoc, continued until 1974 when the WCB established the Joint Consultative Committee to provide a forum for interest group representation. The committee, comprised of representatives from the general public, government, employers and organized labour, acted in an advisory capacity.

In 1980, Paul C. Weiler, Professor of Canadian Studies at Harvard Law School, was appointed by the Government of Ontario to review the system of workers' compensation in the Province. In his report, *Reshaping Workers' Compensation for Ontario*, Professor Weiler felt that greater external participation in Board matters could be obtained by appointment of a Board of Directors.

"These outside directors should be part of the ruling organ of the Board itself, and forced to take major responsibility for the judgements that they make. Through this vehicle the Board executives will learn first-hand what their clientele is thinking and seeking. It should also help teach these outside interest

groups something of the difficult real-life compromises which are necessary among the competing ideals in compensation."

In April 1985, Weiler's recommendation was incorporated in Bill 101. In October, the external consultative process was given major impetus with the formation of the WCB's first independent Board of Directors which, according to the *Act*, must consist of not less than five and not more than nine part-time members, representatives of employers, workers, professional persons and the general public.

The appointed directors are positioned, in part, to provide the various external stakeholder groups interested in the workers' compensation system with representation at the highest level of decision making in the WCB. It is the Board of Directors which is ultimately responsible for WCB administrative and operational policy.

With the establishment of the Board of Directors, there were increased expectations within the external stakeholder community that the Board would provide opportunities for input in major policy matters. Recognizing that WCB policies have far reaching implications for many in the Province, it was felt that those affected should have the opportunity to comment *during* the development process.

Continued on page 2

POLICY UNDER REVIEW

NOTE: In each edition, this column will briefly describe key policies under review.

- | | |
|-------------------------------------|--|
| Causation: | <ul style="list-style-type: none"> • exploration of general principles of medical and legal causation in workers' compensation law in terms of the following concepts: <ul style="list-style-type: none"> • "arising out of and in the course of employment" [Section 3(1)] • "results from" [Sections 40(1), 45(1)] • "due to the nature of" [Section 122(1)]. |
| Good Samaritans: | <ul style="list-style-type: none"> • consideration is being given to development of adjudication criteria for injuries sustained while performing acts of heroism, rescue, and goodwill during the course of employment. |
| Minors' Wage Basis: | <ul style="list-style-type: none"> • review of current policy and procedures governing establishment and application of a minor's wage basis under Section 25. |
| Worker/Independent Operator: | <ul style="list-style-type: none"> • update criteria used to distinguish "worker" from "independent operator" for purposes of assessment and compensation [Sections 1(1)(m), 1(1)(z)]. |
| Personal Coverage: | <ul style="list-style-type: none"> • eligibility requirements for personal coverage under Section 11. |
| Transmitting Payroll: | <ul style="list-style-type: none"> • review of penalties levied under Sections 97 and 115 for failure to transmit employer's statement of payroll. |

Consultation Process Evolves

Continued from page 1

One of the most visible efforts on the part of the WCB to seek input from external stakeholders has been the New Experimental Experience Rating plan (NEER), introduced in 1984 to modify the WCB's traditional approach of levying assessments. During the course of 1987, a number of important modifications to the NEER plan were proposed by the Board of Directors. These refinements, a result of consultation with the employer community, were aimed at reducing the complexity of the plan, enhancing its equity, and upgrading the communications aspects of the program.

Similarly, following a lengthy process of consultation with the employer community, involving close to 70 meetings with individual employers and their representatives, the Board of Directors approved changes in the methods used to compute maximum assessable earnings and agreed to introduce assessment collection on a pilot project basis in 1988 for four industries.

The Operational Policy Branch, as its initial effort in promoting consultation, solicited the views of stakeholders during the review of the Board's Occupational Hearing Loss policy. And, in order to further refine the consultation process, the Policy and Program Development Department (PPDD) produced a consultation strategy that had the following goals:

- to improve policy by means of broader input from the Board's stakeholders,
- to foster stakeholder awareness of the issues behind the policy and the implications of the policy itself,
- to contribute to greater acceptance of approved policy by stakeholders as a result of having had an opportunity to provide input, and

- to contribute to building rapport with stakeholders and consensus on major issues.

In February 1988, the Executive Committee approved a proposal to create an on-going consultation mechanism and on March 24th, the PPDD convened a meeting of selected major stakeholders. This first meeting was held to discuss the consultation process itself and seek advice on how to most effectively and efficiently satisfy the consultation objective. Organizations invited to send representatives to this initial meeting were those which had historically expressed interest in workers' compensation issues: the Employers' Council on Workers' Compensation, the Ontario Federation of Labour, the Management Board of Cabinet's Human Resources Secretariat, the Office of the Worker Advisor, Office of the Employer Advisor, and the Provincial Building and Construction Trades Council.

The March 24th meeting, chaired by PPDD's Executive Director, Henry McDonald, centered on how the Board could best consult with stakeholders. A number of views were expressed, but it was generally agreed that:

- a core group of major stakeholders (not to exceed twenty) should be established,
- the core group would attend bi-monthly meetings,
- depending on the policy issue at hand, the core group be expanded to include other stakeholders having special interest or expertise.

The issue of an appropriate mechanism for obtaining feedback on policy issues was raised and McDonald described the process used in developing the policy on Occupational Hearing Loss where consultation packages were sent to selected stakeholders. The format of the package provided a statement of

the current policy followed by a question related to the issue under review. An excerpt appears below.

Current Policy:

The Board's permanent disability rating schedule has two separate scales for bilateral hearing loss (where both ears are affected) and unilateral hearing loss (where only one ear is affected).

Bilateral hearing loss is measured by comparing a worker's hearing acuity (accuracy) with what is considered "normal" (using an international standard).

Unilateral hearing loss is measured by comparing the hearing in the damaged ear with that of the unaffected ear.

The Issue:

Should all cases of hearing loss be treated in the same manner, using a single rating schedule?

This method of obtaining feedback was demonstrated to be effective, for of the 58 packages distributed, responses from 42 stakeholders were received, representing a response rate of 72.4%. These responses are being considered in the review of the policy on hearing loss by the Board.

Those present at the first meeting on March 24th conveyed a feeling of optimism about a process that would provide a meaningful role for Board stakeholders during policy development.

Separate meetings on the same subject with the Canadian Manufacturers' Association, representatives of injured workers' groups and others have provided sufficient input to allow the WCB to finalize a consultation framework and have it in place in the near future. "We will ensure," advises Henry McDonald, "that consultation does take place with representatives from injured workers' advocacy groups, labour, employer and professional communities."

External consultation has become an integral part of policy development at the WCB and the process is still evolving. ■

FLASHBACK

Flashback is a supplement to *Policy Report*.

The WCB began issuing temporary total disability (T.T.) payments in 1915. Today the Act [Section 40 (1)] states:

Where injury to a worker results in temporary total disability, the worker is entitled to compensation under this *Act* in an amount equal to 90 per cent of the worker's net average earnings before the injury so long as temporary total disability continues.

The chart below illustrates the effect that legislative amendments and the application of indexing factors have had on benefits. The source of this information is the Claims Adjudication Branch Manual 33-08-06, Exhibit #1.

Other relevant sections of the Act: [Sections 1(1)(i), 40, 41, 42, 43, 44, 132, 133, 134, 136(a), 138, and 139*].

Temporary Total Disability Payments - 1915 to 1988

Date Effective	Ceiling on Weekly Gross Earnings	Percentage of Gross Average Earnings Used to Calculate T.T. Rate	Maximum Weekly T.T. Payment
Jan. 1, 1915	\$ 38.46	55	\$ 21.15
July 1, 1920	38.46	66 2/3	25.64
July 1, 1943	48.04	66 2/3	32.05
Jan. 1, 1952	76.92	75	57.69
July 1, 1963	115.38	75	86.54
July 1, 1973	192.31	75	144.23
July 1, 1983	490.38	75	367.79
Jan. 1, 1988	675.00	90% of Net Average Weekly Earnings ¹	

*annual adjustments based on Consumer Price Index for Canada.

January 1, 1986 - 1.7%

January 1, 1987 - 4.4%

January 1, 1988 - 4.3%

¹ - Net Avg. Wkly Earnings = Avg. Gross Wkly Earnings - Probable Income Tax Payable - Probable CPP Payable - Probable UIC Payable

Policy Manuals To Be Integrated

The WCB's five policy manuals, sold publicly since 1979, are the target of an extensive revitalization project which will take seventeen months to complete, given current resources. The focus of the project is on the integration of policy in order to reflect the WCB's new approach to service delivery. The end product will be an up-to-date, comprehensive guide to WCB operational policy.

HISTORY

Traditionally, the Board's policy manuals have been written, produced, maintained, and distributed autonomously, by the respective program delivery areas (Claims, Health Care, etc.). The printing, housing, sale and distribution to the public, however, was handled by the Management Information Services Division.

Duplication of subject matter, a consequence of the decentralized approach to manuals management, was recognized. In the Fall of 1986, recommendations to centralize policy writing functions were made to the Integrated Service Delivery Task Force. A year later, the Policy Publications section was set up in the new Policy and Program Development Department. A hiatus in service occurred, however, as staff from the previous policy writing areas were drawn to new positions within the reorganized WCB structure.

MANDATE AND RESPONSIBILITIES

Policy Publications is responsible for the policy integration project, and when the project is complete, the ongoing maintenance, sale and distribution of the revised policy manual. The mandate of the project is to isolate and remove redundant text,

obsolete policy and diverse and/or inaccurate policy interpretations.

INTERIM MEASURES TO COVER HIATUS IN SERVICE

In April 1988, all approved new and revised policy papers (introduced during the hiatus of service) were issued to manual subscribers as a package with a covering letter explaining the project. Although the papers were not in manual document form, it was imperative that subscribers be made aware of the most current operating policy information. This practice will be continued in the short term. By July of this year, Policy Publications plans to issue new binders to all subscribers with the reformatted policies approved during the hiatus.

INTEGRATION STRATEGY

The plan for integration calls for the five policy manuals:

- Claims Adjudication (Vol's. 1 & 2 – 910 pages)
- Claims Services Division (394 pages)
- Health Care Benefits (103 pages)
- Employer Assessment (172 pages)
- Vocational Rehabilitation (148 pages),

to be converted to a common electronic medium and loaded into a text database on the mainframe computer where the 1700 pages can quickly be searched and cross referenced. Once all references to a specific subject, such as travel allowances, are retrieved and isolated, the text will be homogenized and rewritten online. If inconsistencies are revealed in the process, the policy will be referred to the Operational Policy Branch for clarification.

As the rewritten documents are produced and approved, they will be issued to manual subscribers for inclusion in their new binders with instructions for deleting the appropriate documents from the old manuals. This process of attrition will continue until all 1700 pages have been replaced at which time the project will be considered complete. Ongoing maintenance and distribution will take place as operational policies are revised and developed.

PRICING POLICY

The five policy manuals, which in theory are to be sold to the public at cost, have been losing money due to the Board's decision in 1985 to include a perpetual amendment service as part of the price of purchase. Prior to Policy Publications being established, recommendations were made to WCB management to raise prices to cover increased production costs and to reinstate an amendment fee for updates. These recommendations, no longer valid in light of the integration project, will be completely re-examined when the project is complete and all relevant production costs are known. The components that will be examined (exclusive of the writing cost which is the greatest) are paper, printing, drilling, collating, binders, packaging for mail, postage, and associated labour expenses.

THE FUTURE – ONLINE POLICY

Hardcopy manuals will always be produced as long as the Board's internal and external stakeholders require this medium. However, the technology to provide terminal access to a policy database is available. Some of the advantages of an online inquiry system would be lower production costs (printing, assembly, housing, packaging, postage, etc.) and instantaneous distribution to users. This method of dissemination of policy information is the long-term goal for the Board. ■

Travel Expenses

POLICY STATEMENT

It is the policy of the Workers' Compensation Board that where the Board directs or approves a worker or another person designated by the Board to travel in relation to a claim, all reasonable expenses associated with travel will be paid.

[Sections 52, 54, 81 Ontario Workers' Compensation Act, May 1987.]

In the past, several policies related to specific circumstances and/or modes of transportation were in use depending on the operating area rendering the entitlement decision.

Provisions under Previous Policies

- Except under special circumstances, **no provision** for reimbursement of:
 - public transit fares paid for travel to and from a treating agent located within a single zone distance of worker's residence
 - mileage expenses to workers residing in cities or areas serviced by public transit systems
- Parking fees for attendance at the Board's Head Office reimbursed on a flat rate basis of \$4.50.

For attendance at locations other than the Board's Head Office, consideration for reimbursement based on submission of costs and receipts, where practical, together with mileage charges.
- Any travel allowance granted to workers returning to their home for Christmas leave from the Downsview Rehabilitation Centre or other hospital away from their home community when he/she had completed three months residence in hospital.

The new policy statement was developed to consolidate and expand upon those former policies, making allowances for requests previously denied.

Highlights of New Policy

- Full reimbursement for travel by public transportation.
- If public transit is available and suitable but an alternate means is chosen, the equivalent of public transportation costs will be paid.
- Payment will be made at the approved mileage rate if public transit is not available and a personal vehicle is used.
- Parking fees will be paid if entitlement for personal vehicle transportation exists.
- Travel expenses will usually be paid for one trip home each month while a worker is hospitalized or attending a Board arranged and/or approved medical or vocational program. Requests for additional trips home for humanitarian and compassionate reasons will be reviewed on an individual basis.

If the worker is medically unable to travel, transportation costs for one family member to visit the worker will be considered on the same basis. ■

EDITOR'S NOTE

Policy Report elicited a number of letters and phone calls from readers either asking to be added to our subscribers' list or commenting on our inaugural issue. To all, thank you for your support. We have noted your comments and updated our subscriber database.

Jean d'Agenais, Editor.

MOVING?

To assist in keeping our subscriber records current, please submit any change to your mailing address to:

Usha Kapoor,
Manuals Distribution Specialist,
Policy Publications,
Training and Information Branch,
Workers' Compensation Board,
22nd Floor,
2 Bloor Street East,
Toronto, Ontario, M4W 3C3.

Policy Report is a publication of the Policy and Program Development Department of the Workers' Compensation Board. Opinions expressed are those of the Policy and Program Development Department, and do not represent the official position of the Workers' Compensation Board.

Comments or inquiries should be addressed to:

Jean d'Agenais,
Editor, *Policy Report*,
Policy and Program
Development Department,
Workers' Compensation
Board,
22nd Floor,
2 Bloor Street East,
Toronto, Ontario,
M4W 3C3.

Subscriptions are free on request to this address.

Graphic Production:
Communications Branch.

CA 24N
L90
P56

POLICY REPORT



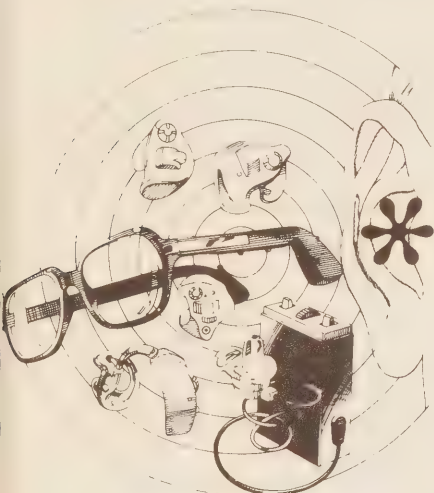
Workers'
Compensation
Board

Commission
des accidents
du travail

August 1988
Vol. 1 No. 3

Hearing Loss Policy Approved

On June 3, 1988, the Board of Directors approved revisions for compensation of occupational hearing loss.



There are two types of occupational hearing loss: industrial noise induced and traumatic. Industrial noise induced hearing loss results from long term exposure to hazardous noise levels in employment, and is generally bilateral (both ears). Traumatic hearing loss, which results from a specific incident (i.e., a blow to the head or sudden loud noise), is usually unilateral (one ear).

In the past, permanent disability awards (pensions) were only given in cases where the hearing loss was at least 35 dB in both ears (for bilateral cases). To calculate the pension, two rating schedules were used. The unilateral schedule compared the hearing ability of the damaged ear with that of the non-damaged ear, because the level of hearing in the non-damaged ear was considered to be normal for that individual prior to the accident. The difference between the two would be the amount of hearing impairment used to calculate the award. In a case of bilateral hearing loss, the impairment would

be compared to the standard for normal hearing, as determined by the International Organization for Standardization (ISO).

Review of the Workers' Compensation Board Hearing Loss Policy and Rating Schedule was prompted by concerns raised by the Office of the Ombudsman. As a result of this review, a number of amendments were proposed, and the following have been approved.

☐ In a case of bilateral hearing loss, pensions are now considered where only **one ear** has a loss of at least 35 dB.

☐ Bilateral claims will be rated in the same manner as is the current practice. Modifications to the existing bilateral scale have been made to accommodate single ear ratings.

☐ Awards as low as .4% may be granted. Previously, awards below 2.4% were not granted.

☐ Consideration for entitlement to health care and permanent disability benefits will be given for asymmetrical hearing loss when the average hearing loss is 35dB in at least one ear, but less than 25 dB in the other, and when the pattern of hearing loss is clearly consistent with occupational noise exposure.

The Occupational Hearing Loss policy was distributed internally and externally to manuals subscribers during the month of July.

Did You Know ...

Section 52 of the Workers' Compensation Act provides the Workers' Compensation Board with the authority to pay for the purchase, replacement or repair of hearing aids. In order to qualify, the following criteria must be met.

✓ Entitlement must be established for a claim of traumatic, or industrial noise-induced hearing loss.

✓ A hearing aid evaluation, authorized by the WCB, must be conducted, and a hearing aid must be recommended by a certified audiologist as being of benefit to the worker.

✓ The WCB Industrial Hearing Loss Consultant must approve the request.

Periodic replacement of batteries, and of the hearing aid itself, may also be approved.

Under section 54 of the Act, special rehabilitation aids may be provided to industrially hearing impaired workers to assist them at work and in the home (telephone amplification devices etc.).

Glossary

dB – decibel: measurement of sound intensity.

asymmetrical hearing loss – bilateral, but not an equal loss in each ear.

For more information on hearing, see back page.

Notice to Manuals Subscribers

Assembly and mailing of the new Operational Policy manual is now scheduled for September 1988.

For Your Information – Stress

The recent decision by the Workers' Compensation Appeals Tribunal demonstrates that work-related stressors, their impact and potential for compensability are a growing issue.

Clinically, stress is of two main types: acute and chronic. Under the Directives for Psychotraumatic Disability, the Board allows entitlement to compensation on a

case-by-case basis for ill-health conditions resulting from acute workplace stressors. Ill-health conditions resulting from chronic workplace stressors are currently not compensable by the Board.

The Board has conducted a preliminary study on the issue of stress and on its own position and continues to do so.

Increased Access to Information

Ontario's Freedom of Information and Protection of Privacy Act came into effect January 1, 1988. The Act provides Ontario residents with a legal right of access to information contained in the records of government ministries, agencies, boards, commissions and corporations.

In addition, the Act specifies guidelines which the government must adhere to in order to collect, use, and disclose information of a personal nature.

The WCB Freedom of Information Co-ordinator, under the auspices of the Training and Information Services Branch, will respond to written requests for access to documentation and/or records (certain exemptions and restrictions apply).

For further information contact:

**Workers' Compensation Board
Freedom of Information
Co-ordinator
22nd Floor
2 Bloor Street East
Toronto, Ontario
M4W 3C3
(Phone: 927-6845)**

MOVING?

To help keep our subscriber records current, please submit any change to your mailing address to:

Usha Kapoor,
Manuals Distribution Specialist,
Policy Publications,
Training and Information Branch,
Workers' Compensation Board,
22nd Floor,
2 Bloor Street East,
Toronto, Ontario, M4W 3C3.

POLICY UNDER REVIEW

Hearing Loss

Reported Vol. 1 No. 1

- Revised policy approved by Board of Directors on June 3, 1988.

Fibromyalgia

Reported Vol. 1 No. 1

- External consultation with representative group of stakeholders currently in progress.
- Scheduled for Board of Directors September 1988.

Successor Companies

- Review policy whereby assessment liabilities become the responsibility of the new employer, when a business is sold, or a change of ownership occurs.

Merit System

- Acknowledgement of employers who institute programs to prevent workplace accidents/diseases [Section 91(6)].

Demerit System

- Criteria used to remove penalties levied under Section 91(7).

Funeral Expenses

- Current maximum allowed for funeral expenses in fatal claims (\$2,500) is being reviewed.

In each edition this column will describe key issues under review. This is not an exhaustive list.

Migrant Farm Workers Coverage

Ontario's temporary labour force is augmented each year by farm workers who migrate from their homelands to assist in the harvest of our crops. These workers come to Canada under temporary immigration agreements between the Canadian government and the governments of their respective countries.

Workers' compensation coverage, taking into account the special circumstances encountered by migrant farm workers, extends beyond accidents occurring during the course of employment.

"Approved workers who have entered into an 'Agreement of Employment' with an Ontario agricultural employer receive the protection of the Act while control and supervision over their activities is being exercised by the Ontario employer."



Coverage While Travelling

Workers' compensation coverage applies while the migrant worker is 1) travelling from his homeland to the employer's premises in Ontario and 2) returning to his homeland, provided that the worker;

- uses a mutually agreed upon point of departure and return in his homeland,
- uses a means of transportation approved by the employer,
- follows a direct and uninterrupted route to and from the employer's premises.

Direct and uninterrupted route means that coverage is not extended to side trips or stop overs for personal reasons.

Coverage While on the Employer's Premises

While on the employer's premises, claims are considered for injuries sustained when;

- the worker is engaged in his regular farm work,
- the worker is **not** involved in regular farm duties, but is on the employer's premises, i.e., leisure activities, eating meals, sleeping.

However, coverage does not extend to the worker's personal activities conducted off the employer's premises, nor does it extend to activities such as repairing personal equipment on the employer's premises.

According to the principles of adjudication, each case is examined on its own merits.

Leaving the Province

If a worker (who is receiving or is entitled to receive compensation benefits) plans to leave Ontario, the WCB must be notified in order that a medical examination and/or

assessment can be conducted by Board medical staff to determine:

- the nature and extent of the injury,
- the need for medical treatment in Ontario,
- whether or not the worker is medically fit to leave Ontario,
- the anticipated duration of temporary disability
 - if less than 8 weeks, a lump sum payment of benefits is issued prior to departure,
 - if more than 8 weeks, bi-weekly payments will be mailed for the duration of the disability.

If it is evident that the worker's injury will result in a permanent disability, a pension award based on an estimate of the impairment will be processed according to current policy and procedures.

In situations where evaluating the extent of permanent disability is not considered practical prior to the worker's return to his homeland, future medical evidence submitted by the worker's attending physician may be used or the Board may finance the worker's return trip to Ontario for assessment.

Failure to Notify the Board

When a worker leaving Canada to resume permanent residence elsewhere does not notify the Board, no further action will be taken in his claim.

If the worker requests a review of his entitlement in the future, he must make himself available for examination and/or assessment by the Board in Ontario, at his own expense.

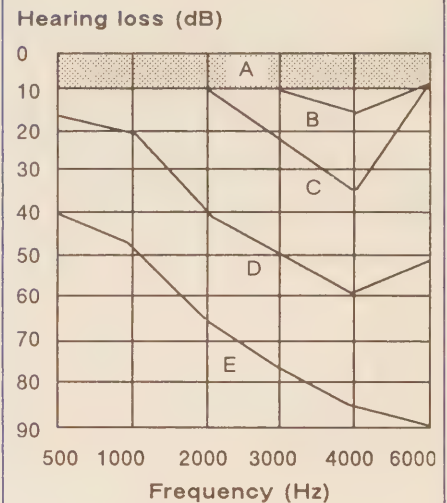
(Source: *Claims Services Division Manual* pages 22 - 25)

A-Weighted Sound Levels from Familiar Sources

At a Given Distance From Noise Source	Decibels dB	Environmental
50 mp siren (106')	140	
Jet takeoff (200')	130	
	120	
Riveting Machine	110	Casting Shakeout Area
Cutt-off Saw		
Pneumatic Peen Hammer	100	Electric Furnace Area
Textile Weaving Plant		
Subway Train (20')	90	Boiler Room Printing Press Plant
Pneumatic Drill (50')	80	Tabulating Room Inside Sport Car (50 mph)
Freight Train (100')		
Vacuum Cleaner (10')	70	
Speech (1')		
	60	Near Freeway (auto traffic) Large Store Accounting Office
Large Transformer (200')	50	Private Business Light traffic (100') Average Residence
	40	Min Levels Residential Areas in Chicago at Night
Soft Whisper (5')	30	Studio (Speech)
	20	Studio for Sound Pictures
Threshold of Hearing Youths	0	

(Source: Health Effects Document for Noise - Ministry of Labour.)

Stages of Noise-Induced Hearing Loss



- A Normal good hearing
- B and C Early stages of noise-induced impairment
- D Later stages of impairment showing loss spreading to other frequencies
- E Later stage after long exposure

(Source: Health Effects Document for Noise - Ministry of Labour.)

-POLICY REPORT-

Policy Report is a publication of the WCB's Policy and Program Development Department. Opinions expressed are those of this Department, and do not represent the official position of the Workers' Compensation Board.

Comments or inquiries should be addressed to:

Jean d'Agenais,
Editor, Policy Report,
Policy and Program
Development Department,
Workers' Compensation Board,
22nd Floor,
2 Bloor Street East,
Toronto, Ontario, M4W 3C3.

Subscriptions are free on request to this address.

Graphic Production:
Graphics Reproduction,
Office Services.

CASH
L90
P56

POLICY REPORT



Workers'
Compensation
Board

Commission
des accidents
du travail

September 1988
Vol. 1 No. 4

Should We Pay?

While delivering a load of goods to a client, an employee of a trucking company witnessed a car veer out of control, flip over and land on the grassy shoulder. The truck driver pulled over to the side of the road, and rushed over to help the driver of the car. As he pulled the driver out of the car, the truck driver injured himself. **Should he be entitled to workers' compensation benefits?**

A night elevator repair man sustained burns when he left the building in which he was working to fight a fire in an adjacent building. He was the first to spot the danger and alone in his efforts. This worker prevented what could have been a devastating and costly fire. **Should he be compensated for his injuries?**

You are going through the top drawer of your four-drawer filing cabinet. Suddenly, it falls on top of you. A colleague runs to your rescue, lifts the cabinet, only to drop it and smash some bones in her right foot. You are bruised, she has to keep off her foot for a few weeks. **Should she receive compensation benefits?**

Acts of Heroism, Rescue, and Goodwill

As reported in the May issue of *Policy Report*, the Board is giving "consideration to the development of adjudication criteria for injuries sustained while performing acts of heroism, rescue, and goodwill during the course of employment."

The Workers' Compensation Act and Board policy includes coverage for people who volunteer or are conscripted into service for the public good.

For example, a volunteer firefighter, or anyone requested by a fire chief to aid the municipal volunteer brigade is considered an employee for the purposes of the Act.

At the same time, the Act does not refer specifically to spontaneous rescue. In addition, the Board does not have a formalized policy for

workers who are injured while being a good samaritan during the course of their employment. The crux of the issue is to determine if and how an injured rescuer might satisfy the Act's criteria to establish "arising out of and during the course of employment."

The question of how a rescue might be viewed as part of employment is complex and indeed, raises another fundamental question: does a good samaritan's actions in the workplace merit protection under the Workers' Compensation Act?

The New Strategic Policy and Analysis Division

The origins of the WCB's new Strategic Policy and Analysis Division (SPAD) can be traced to 1980. At that time Professor Paul Weiler of Harvard University was appointed by the Ontario government to review its workers' compensation system. Weiler's mandate was a broad one and included making recommendations about decision-making procedures of the Workers' Compensation Board.

Professor Weiler made two recommendations that led to major changes in worker's compensation in Ontario. The first was to introduce a corporate Board of Directors comprised largely of external individuals, chosen to represent the views of workers, employers and other interest groups. The second recommendation was to establish an independent specialist tribunal to review appeals of WCB decisions.

These recommendations became part of Ontario's workers' compensation system with the passing of Bill 101 in 1984.

The new legislation provided for the establishment of the Workers' Compensation Appeals Tribunal (WCAT). The Tribunal is responsible for hearing and determining all appeals of WCB decisions with respect to the provision of health care, vocational rehabilitation, or entitlement to compensation, employer assessments, penalties and transfer of costs. The legislation also established a new Board of Directors, which in addition to the WCB Chairman and Vice-Chairman of Administration, consists of up to nine part-time external members representative of employers, workers, professional people and the public.

Professor Weiler was aware that the establishment of these new bodies would result in significant new demands on the WCB. In his view, the WCB's Board of Directors would function as the highest policy making body within the scope of the *Workers' Compensation Act*. To assist the Board of Directors in making the judgements required of

continued on back page

POLICY UNDER REVIEW

Much of the work tackled by the Policy and Program Development Department (PPDD) is generated through issues raised by internal and external Workers' Compensation Board (WCB) clients. For example, issues or policies for evaluation or review are filtered through to PPDD from WCB operating areas and senior management, the WCB Board of Directors and advocacy groups.

To some extent, the department's workplan has been highlighted through the **Policy Under Review** feature of *Policy Report*. However, space restrictions have prevented the printing of a complete list of PPDD's activities. This issue highlights the immediate workload and scope of the department's projects. However this list is not carved in stone. Fast-breaking issues can and often do make shifting of priorities necessary resulting in some projects being put on hold.

Please note that the policies or issues are listed in alphabetical order, not in order of priority.

The regular Policy Under Review feature will continue in the next issue.

Policy Projects

Apportionment of Costs

- Review of Section 122(8) of the Workers' Compensation Act to determine advisability of apportioning costs of industrial disease claims.

Attendance Allowance

- Review of priority issues concerning allowances paid to permanently totally disabled workers. [Section 52(1) (c)]

Causation

- Exploration of general principles of medical and legal causation in workers' compensation law in terms of the following concepts:

- "arising out of and in the course of employment" [Section 3(1)]
- "results from" [Sections 40(1), 45(1)]
- "disablement arising out of and in the course of employment" [Section 1(1)(a)(iii)]

Chronic Pain Disorder

- Ongoing review of experience with interim Chronic Pain Disorder policy.
- Ongoing monitoring of chronic pain literature.

Demerit System

- Review of administrative criteria used to determine exemptions from penalties levied against employers whose accident frequency and costs are higher than the average for their industry [Section 91(7)].

Direct Deposit

- A review to determine the most effective available means to administer the WCB's new payment service (electronic transfer of funds or direct deposit) now being offered to people who receive permanent partial disability benefits, survivors, and health care and treating agencies.

Disaster Fund

- This fund, established following 1954's Hurricane Hazel, assists employers in paying for claims arising from a disaster which could unfairly burden employers [Section 108(2)].
- A review to define 'disaster'.

External Consultation

- Reconsideration of the current strategy to address issues that have arisen as the consultation program continues to develop.

Fibromyalgia

- Development of a policy on the compensation of work-related claims where the diagnosis is fibromyalgia or any related term/condition.

Funeral Expenses and Transportation

- A review of the current maximum allowance for funeral expenses on fatal claims.

Good Samaritan

- Consideration is being given to development of adjudication criteria for injuries suffered while performing acts of heroism, rescue and goodwill during the course of employment.

Health Care Outside Ontario

- A review of the WCB's responsibility to oversee the provision and payment of out-of-province health care.

Incarcerated Workers

- Determination of the impact of incarceration on entitlement to benefits under the Act.

Issue in Dispute

- The development of guidelines and criteria for workers and employers seeking access to workers' files [Section 77].

Merit System

- Development of a merit system for employers who have instituted an effective program to prevent workplace accidents/disease [Section 91(6)].

Minors' Wage Basis

- A review of current policy and procedures governing establishment and application of a minor's wage basis under Section 25 of the Act.

Personal Coverage

- A review of eligibility requirements for personal coverage under Section 11.

Prosecutions

- A general review of the Board's policy and practice with respect to prosecution for offences under the Act.

Rehabilitation Assistance

- Review of Board policy and practice to ensure consistency with the Board's new Vocational Rehabilitation Strategy [Section 54].

Retirement/Resthomes

- Review of all aspects of the industry to determine the possibility of mandatory inclusion as Schedule 1 employer [Section 91].

Returns of Accident Report

- Review of WCB policy and practice with regard to late filing of accident reports by employers [Section 121].

Serious and Willful Misconduct

- General review and assessment of Board policy and practice with respect to Section 3(7) of the Act.
- Definition of 'serious and willful misconduct'.

Successor Companies

- A review of the issues surrounding instances where there is an inheritance of assessment liabilities by a successor employer when a business is sold or changes owners.

Temporary Total Disability

- A general review of policies, guidelines, and practices relating to Section 40 of the Act.
- Section 40(2)(b)
 - review of definitions of terms to ensure approach is consistent with the WCB's new vocational rehabilitation strategy.
- Assessing Temporary Disability
 - definition of temporary disability;

- description of the difference between temporary total and temporary partial disability;
- determination of evidence required to assess temporary disability and who should make that decision.

Transmitting Payroll

- Review of penalties levied under Sections 97 and 115 for failure to forward employer's statement of payroll.

Vibration-Induced White Finger Disease

- Preliminary research on the latest medical findings and scientific data to determine if a review of the Board's policy and practice on this disease is warranted.

Worker/Independent Operator

- A study of Section 1(1)(m), 1(1)(z) to update criteria used to distinguish a 'worker' from an 'independent operator' for purposes of assessment and compensation.

MOVING?

To ensure regular and prompt delivery of *Policy Report*, please submit any changes to your mailing address to:

Usha Kapoor,
Manuals Distribution Specialist,
Policy Publications – Training and Information Branch,
Workers' Compensation Board, 22nd Floor,
2 Bloor Street East,
Toronto, Ontario, M4W 3C3.

(416) 927-4941.

Subscriptions are free on request to this address.

New Strategic Policy and Analysis Division

continued from front page

them, and to address issues of general law and policy raised by WCAT decisions, new analytical capabilities were required within the WCB. As Weiler stated:

"...what is needed is a small corps of people with the time and capacity to tackle a problem (facing the WCB) – to analyze its component parts, get the views of the operations about current problems, investigate alternatives being tried or proposed elsewhere and formulate the pros and cons of each for the Corporate Board to consider. As and when a specific initiative is adopted by the board, this same secretariat should be able to design or commission a systematic study of its impact."

Reshaping Workers' Compensation for Ontario
(1980) p. 131.

In partnership with the new Policy and Specialized Services Division (P&SS), SPAD is a direct response to this latter recommendation. Reporting to Vice-President Robert Coke, the division consists of seven branches which, together, provide the WCB with the capability Weiler saw as necessary with a reformed workers' compensation system.

Through its branches, SPAD is able to co-ordinate major research, analysis and evaluation activities, and to develop and communicate strategic policies which are legally, economically and actuarially sound:

■ **General Counsel's Office** – acts as counsel to WCB before WCAT and the courts and provides legal support with respect to policy review and development, statutory interpretation and amendments,

■ **Board Secretary** – provides professional corporate records, information, secretarial, and liaison services to support Board of Directors and Executive Committee in their corporate endeavors,

■ **Communications** – promotes the programs and policies of the Board via communications plans and strategies,

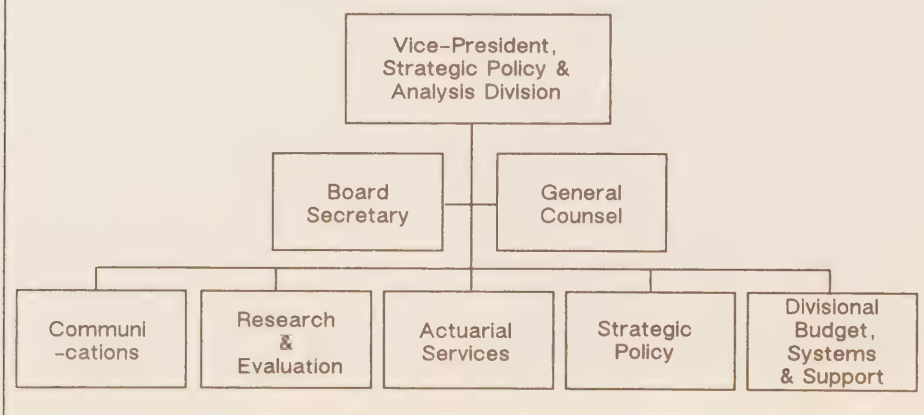
■ **Board Actuary** – provides comprehensive actuarial services to support the Board's strategic policy development processes and to ensure that the benefit programs for its employees are financially sound. Establishes and maintains capacity to analyze impact of changes in strategic factors on overall workers' compensation system in Ontario,

■ **Research and Evaluation** – assists senior management of WCB in evaluation of programs, trends, strategies and plans, which have been, or are about to be introduced by the WCB,

■ **Strategic Policy Branch** – establishes and maintains capacity for research, analysis and advice on strategic policy issues facing the WCB, from economic and public interest perspectives. Provides informed estimates of future behavior of external factors (eg. inflation, structure and growth of labour force, accident rates) which are of strategic importance to workers' compensation system in Ontario,

■ **Divisional Budget, System & Support** – participates with Divisional and MIS staff in development and maintenance of business systems and data bases required by the Division – delivers business systems services through collaborative process of advice and consultation, and in accordance with priorities established by Divisional management and the MIS Steering Committee – responsible for co-ordinating preparation of branch budgets and assisting branch needs in management of their budgets.

Strategic Policy and Analysis Division



-POLICY REPORT-

Policy Report is published by the Policy and Program Development Department of the Workers' Compensation Board. Where opinions are expressed, they are those of the Department and do not represent the official position of the WCB.

Comments or inquiries should be addressed to:

Jean d'Agenais, Editor,
Policy Report,
Policy and Program
Development Department,
Workers' Compensation Board,
22nd Floor,
2 Bloor Street East,
Toronto, Ontario, M4W 3C3.

Graphic Production:
Graphics Reproduction,
Office Services.



Target: Improving Workplace Health and Safety

Improving health and safety in Ontario workplaces is the goal of a two year pilot project approved and announced in December 1987 by the Workers' Compensation Board (WCB). The purpose of the project is to provide employers with financial motivation for maintaining safe and healthy work environments by levying additional assessments against employers who lack health and safety programs, who have not taken sufficient precautions for the prevention of accidents, or who do not comply with the Province's first aid regulations.

Section 91(4) of the Workers' Compensation Act is the catalyst for this preventative action project which will have short and long term benefits for employers, employees, and for the compensation system as a whole.

Workplace Evaluation Criteria

The criteria for evaluating workplace health and safety were developed with the full cooperation of the Ministry of Labour, and with considerable input from exemplary employers, labour and management representatives, and the Safety Associations.

The health and safety criteria which will be used to evaluate the workplace fall into the following categories:

- Health and safety program policies and procedures
- Health and safety program development
- Health and safety program implementation
- Health and safety program promotion/communication.

The 91(4) Program

From the 190,000 firms in Ontario, 500 workplaces have been targeted for evaluation. These were selected on the basis of their accident cost and frequency records and occupational health and safety history.

Step 1:

Prior to evaluation, the WCB will notify targeted employers in writing as to the reasons the company has been selected. Information on the criteria, by which the workplace will be evaluated, will be submitted at the time of notification.

Step 2:

Following notification, WCB staff will visit the worksite and, along with company management and workers' representatives, evaluate the worksite.

Step 3:

WCB staff will prepare a report indicating what improvements are necessary and will establish a specific time frame during which the employer will take corrective action. In addition, the Board will direct the employer to sources of assistance through the Board's Integrated Service Units, Safety Associations, and the Ministry of Labour.

Step 4:

At the conclusion of the agreed upon time period for remedial action, Board staff will revisit the employer and re-evaluate the workplace using the same criteria.

If remedial action was taken to correct all the workplace health and safety problems reported, no penalties will be levied.

If the employer still fails to meet evaluation standards,

Step 5:

The WCB will levy a percentage increase on the employer's base assessment rate. Percentage increases can range from 10 to 75 per cent, depending on the degree of non-compliance with the evaluation criteria. The maximum penalty for any single assessment is \$100,000.

Prevention is recognized as the key to reducing the human and economic costs associated with workplace accidents and injuries. The 91(4) workplace health and safety pilot project is a WCB initiative which, with the cooperation of interested parties, can reduce the costs associated with a disregard for the health and safety of the workplace.

**WCB Bilingual Lexicon
Available to Public.
See page 4 for details.**

For more information on the WCB's workplace health and safety pilot project, contact:

Stephanie Hennessy, Project Co-ordinator
Workers' Compensation Board
2 Bloor Street East
Toronto, Ontario, M4W 3C3 (416) 927-4237.



Section 54 Policy Changes Announced

Schedule 1 &
Schedule 2 – See
Did You Know
insert on page 3.

On April 15, 1988, the Workers' Compensation Board publicly distributed a consultation paper entitled *Vocational Rehabilitation Strategy*. Additionally, the implementation strategy was announced to the public, on July 11, 1988, via the document, *News Release*. Copies of these documents are available upon request from the Communications Branch.

The Special Rehabilitation Assistance Program to Remove Employees from the Hazards of Industrially Generated Diseases – This program, approved on June 15, 1977, provides compensation for workers exposed to asbestos, silica, and radiation. For more information, refer to the Vocational Rehabilitation Division manual, documents 05-01-02 through 05-01-04.

Maintenance allowance – The term used to describe the compensation received by workers participating in vocational rehabilitation programs.

Section 54 of the Workers' Compensation Act is the primary section governing vocational rehabilitation. It states:

"To aid in getting injured workers back to work and to assist in lessening or removing any handicap resulting from their injuries, the Board may take such measures and make such expenditures as it may deem necessary or expedient and the expense thereof shall be borne, in Schedule 1 cases, out of the accident fund and, in Schedule 2 cases, by the employer individually and may be collected in the same manner as compensation or expenses of administration."

At its meeting on Thursday, September 8, 1988, the Board of Directors approved a number of Section 54 policy revisions, most of which flow from a fundamental principle in the new vocational rehabilitation strategy that vocational rehabilitation decisions must be separated from decisions on entitlement to compensation.

On September 22, 1988, Henry McDonald, the Executive Director of the WCB's Policy and Program Development Department reviewed the policy modifications with an audience of external stakeholders. Changes are effective January 1, 1989. However, workers on Vocational Rehabilitation programs in effect prior to January 1, 1989, and workers receiving benefits under the Special Rehabilitation Assistance Program, will not be affected by the changes.

All maintenance allowances will be paid under section 40 and/or section 45 (as applicable).

Current Practice: If an injured worker is entitled to compensation

benefits, these benefits are paid under section 40 and/or section 45. However, when the worker begins a rehabilitation program, the practice has been to transfer benefit payments from the compensation payment system to the rehabilitation payment system administered under section 54. This practice of transferring payments will cease at year end.

This policy change will result in a number of advantages. It will:

- reassure the injured worker that the caseworker does not have a "conflict of interest" between matters of entitlement and rehabilitation,
- free the rehabilitation caseworkers from making entitlement decisions,
- minimize the possibility of disruption of income maintenance cheques to the worker when transferring to a rehabilitation program, and,
- simplify administrative procedures.

While caseworkers will no longer be making decisions on entitlement to compensation, there will continue to be cooperation between adjudicators and caseworkers because of their close proximity in the Integrated Service Units.

Payment of maintenance allowance in excess of temporary total benefits will be discontinued.

Current Practice: To provide incentives for workers and employers to participate in training-on-the-job programs, the Board's practice, in certain instances, has been to provide workers with more maintenance allowance than they would receive on temporary total disability benefits or on pension plus temporary supplement.

These situations are when:

- a collective agreement requires a wage level higher than the amount of the worker's benefit rate, or,
- the training-on-the-job employer pays a wage higher than temporary total benefits.

As of January 1, 1989, the Board will be paying maintenance allowance under sections 40 and 45, whether an injured worker is on a rehab program, or totally disabled. Since these sections do not permit payments in excess of temporary total benefits, the current practice will be discontinued.

The employer's share in training-on-the-job placements must equal at least 50% over the term of the placement.

Current Practice: As an incentive for employers to hire or re-hire injured workers through training-on-the-job programs, the Board's practice has been to share the wage portion of the costs with the employers. Rehabilitation caseworkers have some latitude in negotiating the employer's and the Board's cost sharing arrangements in specific placements. Typically, during the first 3 month training phase an employer might pay 25% of the costs and the Board 75%, with the employer's portion increasing as the training program progresses. However, the lack of a policy which specifically outlines the percentages leaves the way open to inequities in employers' cost sharing arrangements.

While caseworkers will still have the flexibility to negotiate with prospective employers the percentage paid by each party during each phase of the training program, the new policy clearly states that the employers and the Board pay an equal share of the

worker's wages over the entire term of the placement. Prior to placement in a suitable vocational rehabilitation program, an assessment phase usually takes place. The WCB will continue to pay the full costs of the assessment phase.

As of January 1, 1989, all vocational rehabilitation costs will be included in accident employers' cost statements, resulting in their inclusion in penalty assessments and experience rating.

Current Practice: Section 54 rehabilitation costs are not included in experience rating and penalty assessments. While this practice has been viewed as an incentive for vocational rehabilitation, the Board now believes that "charging" the accident employer individually with the costs of rehabilitation offers a better and more equitable incentive. The reasons are:

- 1) Including vocational rehabilitation costs in experience rating and penalty assessments more accurately reflects the real cost of the claim.
- 2) The current system allows vocational rehabilitation costs to be "buried" in the costs of the rate group rather than making individual employers accountable through experience rating.
- 3) Inclusion of these costs may be an incentive to accident employers to reinstate and rehire their injured workers. By rehiring or reinstating injured workers, employers can now achieve better control of their costs; they avoid the risk of being financially responsible for other potentially more expensive rehabilitation alternatives.

Did You Know...

The Workers' Compensation Act applies to approximately 90% of Ontario workers. The employers in Ontario that have compulsory coverage under the Act are described in Schedules 1 and 2 (Regulation 951). Under Section 75 of the Act, the Board has the authority to determine, in accordance with Regulation 951, whether a specific industry belongs in either of the two schedules.

Schedule 1

Schedule 1 employers currently fall into 27 classifications, encompassing 109 rate groups, with each rate group contributing to its specific accident fund. Individual employers pay annual assessments according to their rate group, the type of business, and the assessable (gross) payroll of their workers.

Schedule 1 employers are not eligible to transfer to Schedule 2.

Schedule 2

Although many large employers fall under this schedule, they number less than 1% of the employers reporting to the Board. They include railways, telephone and telegraph companies, municipalities, school boards, the Crown, etc. The system which applies to these employers is one of individual liability. These employers pay the total costs of compensation, medical, and vocational rehabilitation benefits for their injured workers. Payments are usually made out of deposits kept by the Board for each employer. An administration fee, based on total benefit payments, is charged to Schedule 2 employers.

Schedule 2 employers may apply for transfer to Schedule 1, subject to Board approval.

Sources:
WCB *Employer Assessment* manual, documents 02-01-01 and 02-01-08 and *Guide for Completing the Employer's Statement of Payroll*.

Fibromyalgia/Chronic Pain Disorder

On October 7, 1988, the WCB Board of Directors adopted a resolution that injured workers diagnosed as having fibromyalgia syndrome will be considered for benefits under the Board's interim Chronic Pain Disorder policy, which became effective July 3, 1987.

The diagnostic criteria, cause, and treatment of fibromyalgia syndrome remain controversial.

However, most medical specialists agree that it is not unreasonable to consider fibromyalgia syndrome as a variant of chronic pain syndrome. The lack of objective findings, despite constant chronic subjective complaints, is clearly consistent with the findings among patients with chronic pain syndrome. Moreover, the most successful treatment modalities are substantially the same for both.

The WCB Bilingual Lexicon is Available to the Public!

It is now possible to purchase the Bilingual Lexicon of the Workers' Compensation Board. This lexicon contains approximately 1,800 terms and their equivalents drawn from Board operations. As these terms are not usually found in general bilingual dictionaries, the WCB Bilingual Lexicon is definitely a useful reference tool.

If you would like a copy of the Lexicon, please send your pre-payment by cheque or money order in the amount of \$20.00, payable to:

Workers' Compensation Board
Account: 4711-62901

Address:
Workers' Compensation Board
Training & Information Branch
22nd floor, 2 Bloor St. East
Toronto, Ontario
M4W 3C3

Attn: Usha Kapoor
Phone: (416) 927-4941

Please allow 3 to 4 weeks for delivery.

Le Lexique bilingue de la CAT est maintenant disponible!

On peut à présent se procurer le Lexique bilingue de la Commission des accidents du travail. Ce lexique contient environ 1 800 termes, avec leurs équivalents, qui sont employés par divers secteurs de la Commission. Comme on ne trouve pas nécessairement ces termes dans des dictionnaires bilingues généraux, le Lexique bilingue de la CAT est un outil de référence indispensable.

Si vous désirez un exemplaire de ce lexique, veuillez envoyer un paiement anticipé de 20,00 \$, par chèque ou mandat payable à l'ordre de :

Commission des accidents du travail
Compte : 4711-62901

Adresse :
Commission des accidents du travail
Direction de la formation et de l'information
22^e étage, 2, rue Bloor Est
Toronto (Ontario)
M4W 3C3

a/s de M^{me} Usha Kapoor
Tél. : (416) 927-4941

Veuillez prévoir de 3 à 4 semaines pour la livraison.

Attention Subscribers to Policy Report

To ensure you receive each issue, and to keep our mailing costs down, we need to keep our distribution system up-to-date. Please submit changes to your mailing address to:

Usha Kapoor
Manuals Distribution Specialist
Policy Publications – Training and Information Branch
Workers' Compensation Board,
22nd Floor
2 Bloor Street East
Toronto, Ontario, M4W 3C3
(416) 927-4941

Subscriptions to *Policy Report* are free on request to this address.

Policy Under Review

A complete listing of policies under review by the Policy and Program Development Department was published in *Policy Report* Vol. 1, No. 4. As there have been no new initiatives undertaken since that edition, the "Policy Under Review" feature will resume in the new year.

POLICY REPORT

Policy Report is published by the Policy and Program Development Department of the Workers' Compensation Board. Where opinions are expressed they are those of the Department and do not represent the official position of the WCB.

Comments or inquiries should be addressed to:

Jean d'Agénais,
Editor, Policy Report,
Policy and Program
Development Department,
Workers' Compensation Board,
22nd Floor,
2 Bloor Street East,
Toronto, Ontario, M4W 3C3.

Graphic Production:
Graphics Reproduction,
Office Services.



Board Pays Interest On Delayed Benefits

The WCB Board of Directors recently approved a policy to pay interest on delayed benefit payments. The effective date of this new policy will coincide with the implementation of the new computerized worker benefit system (WBS), which features the necessary component for calculating this type of payment.

Recognizing that delayed payments erode the dollar value of benefits, and that workers, through necessity, must bear the costs of alternate financial arrangements, this new policy will ensure that workers receive the full value of their compensation benefits.

If, pending a benefit payment, a worker receives an advance from the accident employer, interest will not be paid on the amount advanced. In addition, calculations will not be affected by any unemployment insurance or social assistance benefits received pending a WCB payment.

Interest payments will be charged against an administrative account and not applied to the employer's Accident Cost Statement.

Interim Policy Pending WBS Implementation

Pending total implementation of the WBS, an interim policy became effective January 6, 1989. The interim policy provides interest payments on delayed benefit payments associated with Hearing Officer or WCAT reversals of WCB adjudication decisions.

Under this interim policy, entitlement to interest is granted on benefits which the worker **should have received up to the date of the Hearings Branch or WCAT**

reversal, but the decision reversal must have occurred on or after January 6, 1989.

Interest is paid:

- **from** the date of the first standard payment due date, or January 6, 1989, whichever is later
- **to** the payment issue date for the back benefit payments relating to the reversal.

If a decision reversal affects more than one type of benefit payment, interest on each benefit payment will accrue from each "standard" due date on or after January 6, 1989.

The standard payment date for temporary compensation benefits is every two weeks from the date of disability, while pension benefits are due the first of each month after the date of entitlement.

The Board will be using the same approach used in the courts under the *Courts of Justice Act*. More specifically, the interest rate to be employed will be equal to the Bank Rate set by the Bank of Canada (rounded up to the nearest whole number) plus one percent. Interest payments will be calculated on the basis of simple interest, with no compounding.

New Adjudication Strategy ...

On Thursday, May 4th, 1989 the Board of Directors approved the general direction of the new Adjudication Strategy. The strategy, focused on meeting client needs for prompt, correct and consistent entitlement decision-making, will introduce changes to the practice and management of adjudication at the Workers' Compensation Board.

Highlights of the new strategy include:

- **Case Assistants**, helping Adjudicators and other operating area staff with clerical tasks, simple enquiries and other duties;
- **a Case Co-ordination program**, in which supervisory staff will have greater responsibility in the handling of unusually complex cases;
- **a comprehensive system of Cyclical Case Review** offering Adjudicators expert technical assistance in difficult cases;
- **refinements to the current system** of specialized adjudication to ensure that initial and recurrence claims receive improved attention; and
- **a new program** of performance standards and quality assurance.

For more details, see page 5.

INSIDE this issue of POLICY REPORT ...

Board Pays Interest On Delayed Benefits	1
Workers' Benefit System Policy Issues	2
Commutation of Pensions	4
New Adjudication Strategy Announced	5
Guidelines Approved for Supplements to Part-Time Workers	7
Policy Under Review	8

Workers' Benefit System Policy Issues

A major project to redesign and upgrade the Board's benefit payment system is about to begin with implementation of a pilot program in the Toronto West Integrated Service Unit. The Workers' Benefit System (WBS) is an on-line payment system for compensation and pension benefits designed to totally replace the existing system. Conversion activities will be starting during the fourth quarter of 1989 and continuing into the new year.

The major objectives of the new system are to:

- consolidate the current processes used for payment of benefits
- improve the speed of payment processing
- reduce errors
- automate complex payment calculations, and
- improve the level of client service.

In planning the new system, the WBS Implementation Team identified several operating policies requiring review in light of the proposed changes. These policies were referred to the Operational Policy Branch for review, and as a result, a number of changes in the methods used to calculate and/or issue payments have been approved.

The following policies have been modified as a result of the introduction of the WBS Project.

Statutory Maximum Amount Of Average Earnings

When determining the amount of temporary partial disability or supplementary pension benefits, the Board must apply the maximum amount of average earnings as stipulated in section 41 of the *Workers' Compensation Act*. If the worker's pre-accident earnings exceed this

maximum, the compensable wage loss is reduced using a formula that has been in use by the Board for a number of years. This formula has been modified to ensure that the calculations will now be more consistent with the wording of the Act.

Lost Time For Medical Examinations And/Or Repair Of Artificial Appliances

The Board's practice was to compensate workers who were required to be absent from employment for reasons related to a compensable injury, for up to one full day of lost wages at the rate of 100% of gross salary. The same rate of compensation for lost wages applied in cases where a worker was absent from work for up to one week for repair or replacement of an artificial appliance. These payments were considered a health care benefit (section 52 of the Act). Since section 52 does not authorize this sort of payment, and 100% of gross earnings was out of line with the Act's general scheme of benefits, compensation for lost wages will now be paid as a temporary total disability benefit (90% of net average earnings) in accordance with section 40(1) and other relevant provisions of the Act.

100% Maximum For Multiple Permanent Disabilities

To date, multiple permanent disabilities rated under section 45(1) of the Act have been limited for any individual to a lifetime maximum of 100%. A review by the Operational Policy Branch suggested that the Act does not stipulate a maximum and, in fact, section 45 regards the permanent disabilities in different claims as separate entities. Therefore, the practice of limiting multiple permanent disability awards to a maximum of 100% has been

discontinued, although the upward limit continues to apply in a single claim.

Pension Offset From Supplementary Awards

Temporary pension supplements issued under section 45(5) of the Act are calculated by comparing pre-accident net average earnings against the worker's estimated, projected post-accident net average earnings. Section 45(6) has been interpreted as limiting the combined total of the supplement award and *all* permanent disability awards to 90% of pre-accident net average earnings.

Legal analysis of the wording in the Act concluded that each permanent disability award (and the supplement granted as a result of that particular disability) is to be treated as a separate entity. Therefore, calculation methods have been changed so that *only* the permanent disability award directly corresponding to the supplement will be used in the calculations.

Payment Of Worker's Temporary Partial Disability Bene- fits To Employers

In situations where a worker receives full wages from an employer upon returning to a modified job, the employer is entitled to reimbursement for lost productivity. The Board has always reimbursed employers based on an estimate of the loss of productivity. However, following a review of this issue an additional approach has been recognized. The new practice will require that a job value assessment be conducted to determine the monetary worth of the post-accident job. The difference between the worth of the post-accident job and the worker's pre-accident earnings will represent the amount reimbursed to the employer.

Either approach may be used by an adjudicator, depending on the circumstances of the claim.

Payment Of Travel and Accommodation as a Health Care Benefit

When a worker has been required by the Board to travel in connection with health care for a compensable condition, payments for transportation and accommodation have been considered as health care benefits, and paid under section 52 of the Act. A careful review of section 52, however, reveals that travel and accommodation expenses do not fall under the definition of health care.

Section 54, which deals with vocational and medical rehabilitation, does authorize these payments, as this section allows the Board to pay

for those services which are necessary "to aid in getting injured workers back to work and to assist in lessening or removing any handicap resulting from their injuries..."¹

Frequency of Payment For Clothing Allowance

Every year the WCB administers thousands of clothing allowance awards for workers who are in receipt of permanent disability pensions and who, due to the nature of their disabilities, must wear prostheses or braces. In 1987, approximately 11,000 such payments (approximately \$6 million) were processed.

Historically, payments have been made monthly, quarterly, semi-annually or annually under section 52(3)(b) of the Act. As a single large payment is felt to be more cost effective and practical for both the Board and injured workers, and because most workers prefer annual payments, clothing allowance payments will now be made annually. Payments will not be made automatically. Workers will be required to submit an application each year. (Full details will be made available to current recipients.)

¹ *Workers' Compensation Act*, R.S.O. 1980, c.539, s.54; 1982, c.61, s.2.

SUMMARY OF WBS POLICY CHANGES

POLICY	CURRENT	REVISED
Utilization of the Statutory Maximum Amount of Earnings In Calculation of Benefits	<ul style="list-style-type: none"> benefits reduced in proportion to percentage that pre-accident earnings exceeded statutory maximum 	<ul style="list-style-type: none"> pre-accident earnings deemed equal to statutory maximum in calculations. Effective April 1, 1989.
Lost Time For Medical Examinations and Repair of Artificial Appliances	<ul style="list-style-type: none"> benefits paid at 100% of gross salary paid as a health care benefit 	<ul style="list-style-type: none"> benefits paid at 90% of net average earnings paid as temporary total disability benefit. Effective April 1, 1989.
100% Maximum For All Of A Worker's Permanent Disabilities	<ul style="list-style-type: none"> workers limited to a lifetime maximum of 100% for aggregate multiple permanent disability awards 	<ul style="list-style-type: none"> 100% maximum for multiple permanent disability awards removed. Effective April 1, 1989.
Pension Offset From Supplementary Awards	<ul style="list-style-type: none"> all pensions included when calculating a temporary supplement 	<ul style="list-style-type: none"> only the pension directly corresponding to the supplement included in calculations. Effective April 1, 1989.
Payment of Worker's Temporary Partial Disability Benefits To Employers	<ul style="list-style-type: none"> payments calculated using an estimate of reduced productivity 	<ul style="list-style-type: none"> payments calculated estimating a worker's reduced productivity or by deducting the value of the post-accident job from pre-accident earnings. Effective April 1, 1989.
Payment of Travel and Accommodation as a Health Care Benefit	<ul style="list-style-type: none"> travel and accommodation expenses paid under section 52 	<ul style="list-style-type: none"> travel and accommodation expenses paid under section 54. Effective April 1, 1989.
Frequency of Payment for Clothing Allowance	<ul style="list-style-type: none"> clothing allowance awards paid monthly, quarterly, semi-annually 	<ul style="list-style-type: none"> clothing allowance awards paid once yearly. Workers to submit application each year. Effective September 1, 1989.

Commutation Of Pensions

Policy Statement

It is the policy of the Workers' Compensation Board that compensation for permanent disability will normally be in the form of periodic monthly payments. The Board may, however, in its discretion, commute, in whole or part, such compensation to a worker or to a surviving spouse.

Approved by Board of Directors, April 3, 1987

Legislative Authority: sections 26(1), 45(4), *Ontario Workers' Compensation Act*

Pensions, awarded to workers in recognition of a permanent disability, are a dependable source of income, usually for the lifetime of the workers and, in some cases, dependents or survivors. A commutation of a pension, either total or partial, is the conversion of all or part of the pension into a one time, lump sum payment.

For workers, the decision to request a commutation should not be made without consideration of the long term financial impact, for once a commutation has been made, the pension will not be reconstituted.

The Board's concern is the importance of an ongoing stream of income to the worker: as a general proposition, as long as the disability exists, so should the income stream.

SECTION 26(1)

In accordance with section 26(1) of the Act,

"...the Board may commute the weekly or other periodical payments payable to a worker or dependent for a lump sum..."

and, pursuant to the policy approved by the Board of Directors in April, 1987, a commutation may be authorized when:

- the commutation is required as a new or continuing rehabilitative measure intended to enable the person to obtain or maintain suitable employment by reducing the effects of a physical and/or psychological disability

or

- it is established by medical evidence that the person's financial situation is producing a disability which is preventing that person from obtaining or maintaining employment, and where a commutation will significantly remedy that situation.

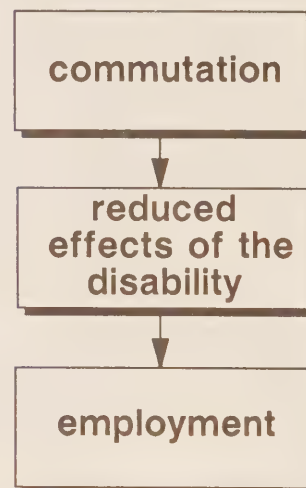
POLICY GUIDELINES

On March 17, 1989, new policy guidelines for the commutation of pensions were approved, an overview of which follows.

Reducing the Effects of a Disability

"Reducing the effects of a disability" means reducing the precise limitations imposed by that disability. The phrase can be equated with reducing the disability itself. For example, a worker with a severe back disability suffers from a lack of mobility. The use of a car reduces the disability because it increases the worker's mobility.

There **must** always be a direct link between the commutation and the reduction of the effects of the disability. There need not be a **direct** link between the commutation and employment but the sequence must be:



Financial Situation Producing a Disability and Medical Evidence

The "financial situation producing a disability" does not cover habitual financial problems which pre-date the compensable accident. It does cover financial problems that have arisen since the worker's accident that result in a disability.

"Medical evidence" ordinarily means written evidence by a psychiatrist that the worker's financial situation is producing a disability (usually psychological in nature). The evidence must indicate that the resolution of the financial problem will allow the worker to obtain employment or maintain an existing job.

As the primary focus of the policy is to reduce the effects of the disability, commutation requests made for purely financial reasons do not conform to the intent of the policy. For example, requests made solely for a home purchase, the acquisition of a new business, self-employment or emigration do not conform to the intent of the policy.

Requests for mortgage liquidation and debt reduction may be considered when medical evidence has established that the worker's financial situation is causing a disability (usually psychological). When the worker is employed, the disability must prevent the worker from maintaining employment – perhaps because of poor job performance.

Entitlement Criteria Under Section 26(1)

To comply with the broad principles and intent of the policy, a request for a commutation must also meet **all** of the following criteria.

- It must be intended for a specific rehabilitative purpose.
- Alternative resources must not be available for the intended purpose.
- It must not jeopardize the applicant's ability to meet ongoing financial obligations.
- The worker must first be given the benefit of the full range of vocational and counselling services offered by the Board.

Example #1

Two workers request commutations to purchase cars to drive to their place of work 20 miles from home. The first worker suffers a hand disability. His request would not be approved since the car does not reduce the effects of the disability. The second worker's disability is a fused knee which restricts her mobility. Her request could be allowed since the mobility provided by a car would reduce the effect of the disability and enable her to accept the job.

Example #2

A worker with a back disability cannot return to his pre-accident employment because of physical limitations.

He requests a commutation to buy a skidder to start his own logging business. The request does not fit within the policy because the skidder is essentially a device for doing the job and not essentially a means of reducing the disability.

Example #3

A worker with a back disability received a partial commutation several years ago and established a successful carpet cleaning business. She requests an additional commutation to purchase a new type of cleaning tool which would reduce the strain on her back. The request fits within the policy since the tool reduces the physical disability.

Notification to Applicants

- When a person applies for commutation under section 26(1), the Board must advise the individual, in writing, of the requirements to be met and of the implications of commuting the pension.

- When a commutation has been approved, the Board must inform the applicant, by registered mail, of the basis on which the commutation was granted, and its impact on future entitlement. The person shall also be informed that commuted pensions will not be reconstituted.
- When a commutation is denied, the Board must advise the applicant, by registered mail, of the reasons for denial and the right to object.

SECTION 45(4)

Under Section 45(4), a worker whose pension rating is 10% or less, is entitled to receive a commuted pension:

- unless the worker elects to receive periodic payments;
- except when it is medically reasonable to conclude that the impairment of earning capacity will be increased above 10%;
- unless the Board determines that the payment of a commuted pension would not be in the best interests of the worker;
- except when the combined permanent disability awards in all claims are greater than 10%.

New Adjudication Strategy Announced

The Workers' Compensation Board has identified the need to review the current process of adjudication, and in December 1988, established the Adjudication Strategy Project Team to undertake that review. The team's terms of reference were to examine adjudication practices at the Board and to identify an approach that would optimize the efficiency, effectiveness and equity of adjudication.

Workers and employers want adjudication decisions to be "right" the first time and seek consistent handling of their claims in order that decisions be predictable and fair.

The goal of adjudication is, therefore, to ensure service excellence through:

- speedy and fair entitlement decisions;
- prompt and appropriate compensation and benefits;
- facilitation of the restoration of earnings profile, and of early return to full activity; and
- timely exchange of accurate information with clients.

(continued on page 6)

Adjudication Strategy (continued from page 5)

The Project Team found that adjudication is fundamentally sound. The Strategy recommends that action be taken in four key areas: management, support enhancements, the specialization of adjudication and the co-ordination of service delivery.

Management

Changes to a number of the Board's managerial and organizational systems will help staff provide better service. In addition to related initiatives already underway, the Strategy recommends that the Board:

- develop and consistently apply performance standards and quality assurance programs;
- develop a plan which provides management with the skills and knowledge for recruitment, training and identification of staff requirements;
- improve the co-ordination between Operational Policy and operating areas so that clear policies are disseminated in a timely fashion;
- improve systems for communication with clients and service providers to improve their understanding of their roles and responsibilities in the process, and what they can expect from the Board; and
- ensure that support services achieve their service commitments to adjudication staff in order that Adjudicators meet their service delivery standards.

Support Enhancements

Adjudication can be enhanced by providing improved support mechanisms. A number of specific enhancements are recommended:

- establish a Case Assistant position to assume various clerical responsibilities, and to gather and disseminate information for the Adjudicator;

- establish a position for a Nurse to serve as an assistant to the Medical Advisor, providing advice on compatibility and medical management; and
- transfer the recovery of overpayments to a collection function in the Revenue Branch.

Specialized Adjudication

The Adjudication Strategy study has found that specialization of adjudication can provide the best service delivery, and the current approach can be refined to improve the quality of adjudication.

The Strategy recommends that the Board:

- replace the Initial adjudication stage with an **Entitlement Adjudication** stage, responsible for all "initial" issues and recurrences. This will require the transfer of some senior Continuing Adjudication staff to the Entitlement stage;
- replace the Continuing adjudication stage with a **Benefits Adjudication** stage, responsible for current "continuing" issues other than recurrences;
- amalgamate Health Care Benefits adjudication with the current No Lost Time adjudication function; and
- create an establishment for Primary Adjudicators in the Regional Offices.

To ensure **appropriate specialization by expertise**, the Strategy recommends that the Board establish a case allocation by complexity system at both the Entitlement and Benefits stages of adjudication. This will:

- permit early identification of complex and unusually challenging cases; and
- match Adjudicator expertise to the needs of the case.

Cyclical Case Review

This requires all cases to be periodically reviewed by the Adjudicator and a Program Advisor/Team Co-ordinator ("PA/TC"), to determine progress and the need for more intensive intervention.

The Adjudicator will review cases still pending a decision 14 days after registration. If still pending at 28 days, the Adjudicator will prepare a case action plan for review by the PA/TC. Cases still pending at the 42-day point will be re-allocated to the Case Co-ordinator for action unless it would be demonstrably more efficient for it to remain with the Adjudicator. For specific occupational disease cases, the same review process should be followed, but with modified timelines of 4, 8 and 12 weeks respectively.

Once allowed, all cases still active after six weeks will be reviewed by the Benefits Adjudicator responsible, and by the PA/TC at the 12 and 18-week points. Cases still active at 24 weeks will be allocated to the Case Co-ordinator unless it would be demonstrably more efficient for them to remain with the Adjudicator.

(continued on back page)

POLICY REPORT

Policy Report is published under the authority and direction of the Policy and Program Development Department of the Workers' Compensation Board. If there is any conflict between the statements contained in this publication and the *Worker's Compensation Act* and/or the Board approved policy documents, the *Act* or the approved document governs.

Comments or inquiries should be addressed to:

Jean d'Agénais, Editor,
Policy Report,
Policy and Program
Development Department,
Workers' Compensation Board,
22 Bloor Street East,
22nd Floor,
Toronto, Ontario, M4W 3C3.

Graphic Production:
Graphics Reproduction,
Office Services.

Guidelines Approved For Supplements To Part-Time Workers

In November 1987, the Board revised its policy on supplementary benefits awarded under section 45(5) of the Act (*Policy Report*, Vol. 1 No. 1, March 1988). With respect to that policy, the Board recently approved administrative guidelines for determining **part-time workers' entitlement** to temporary pension supplements under section 45(5). Primarily, the new guidelines apply to the administration of the "threshold test" in cases where the worker was employed on a part-time basis at the time of accident.

Those workers who may be considered for supplementary benefits must first pass the threshold test implied by the wording of section 45(5). This involves a comparison of **pre-accident earnings** with **estimated post-accident earning capacity**.

In order to pass the test, it must be shown that the

"...impairment of the earning capacity of the worker is significantly greater than is usual for the nature and degree of the injury..."

Workers' Compensation Act, section 45(5)

Previous application of the test for part-time workers required estimating post-accident earnings as though the workers were to become employed on a full-time basis. This precluded many part-time workers, who were injured on the job, from receiving the financial and vocational rehabilitation assistance necessary to return to employment.

The newly approved guidelines specify that post-accident earning capacity must be estimated using the **actual** number of hours worked per week **prior** to the accident. See the example following.

The immediate effect of this change is that many part-time workers who are capable of benefitting from vocational rehabilitation assistance may now qualify for temporary supplementary benefits.

Example Calculation of Post-Accident Earning Capacity

Pre-accident earnings:

20 hours per week X \$10 per hour = \$200 per week

Estimated post-accident earnings:

20 hours per week X \$5 per hour = \$100 per week

Impairment of earning capacity = Pre-accident earnings - Post-accident earnings = \$100

ATTENTION SUBSCRIBERS

Please Assist Us In Updating Our Distribution List

If you wish to **cancel your subscription** to *Policy Report* please advise Usha Kapoor, Manuals Distribution Specialist by June 30, 1989.

Phone cancellations: (416) 927-4941

Mail cancellations: detach and return the form below to:

Usha Kapoor, Manuals Distribution Specialist,
Policy Publications, Training and Information Branch
Workers' Compensation Board,
22nd Floor,
2 Bloor Street East,
Toronto, Ontario M4W 3C3

PLEASE CANCEL MY SUBSCRIPTION TO POLICY REPORT

attach most recent address label here

POLICY UNDER REVIEW

see back page.

*In each edition this column
will describe key issues under
review.*

POLICY UNDER REVIEW

- Chronic Occupational Stress
- Freedom Of Information
- Injured Rescuer
- Second Injury and Enhancement Fund
- "In The Course of Employment"
- Ongoing review of scientific and legal issues. May 3, 1989 deadline for external consultation submissions.
- *The Freedom of Information and Protection of Privacy Act* (FIPPA) became effective January 1, 1988 and imposed new obligations on the Board regarding the release of personal information. To ensure the WCB is in full compliance with the statute, a review of the WCB policy regarding release of personal information in Board files has been undertaken.
- Development of a policy for compensation for injuries sustained while performing acts of heroism and rescue during the course of employment.
- Review of the scope, purpose and use of the Fund and its relationship to the Board's experience rating programs.
- General review of the factors to be considered when interpreting the phrase "in the course of employment".

In each edition this column will describe key issues under review. This is not an exhaustive list.

Adjudication Strategy

(continued from page 6)

The Cyclical Case Review program will:

- identify cases in need of more intensive or expert effort;
- offer Adjudicators better education in the practical application of policy;
- reinforce performance standards for decision-making and case action; and
- secure information for quality assurance, performance evaluation and program assessment.

The Case Co-ordinator

The Case Co-ordinator will offer special, intense attention to cases where issues are difficult to resolve.

Although not acting as the Adjudicator of the case, the Case Co-ordinator will:

- draft an action plan on complex cases;
- direct and motivate the Adjudicator, Vocational Rehabilitation Caseworker or other staff to take immediate steps to resolve the issues of the case;
- act as client contact; and
- return responsibility for the case to the Adjudicator when the complex issues are resolved.

During the Entitlement stage, only the most difficult and clearly complex cases will be allocated to the Case Co-ordinator prior to the 42-day point, in injury cases, or 12-week point, in specific occupational disease cases.

Only cases which require special action to assist recovery or rehabilitation will be allocated from the Benefits Adjudicator to the Case Co-ordinator before the 24-week point. After those points in time, however, the presumption will be that a case requires special action unless otherwise demonstrated.

Due to the nature of the co-ordinative function, the Strategy recommends that this role be assigned to Supervisors in the ISUs. Pending re-evaluation of the Regional Offices' structure, the Case Co-ordinator function would be allocated to Team Co-ordinators. These recommendations will require a re-assessment of both the job descriptions and resourcing of these positions.

An implementation plan will be developed over the summer.

CA20N
L90
- P56

POLICY REPORT



Workers' Compensation Board
Commission des accidents du travail

July 1989
Vol. 2 No. 3

Attendant's Allowance - Activities Of Daily Living Scale

LIBRARY
AUG 11 1989
St. Paul's Hospital
Toronto

An Attendant's Allowance* provides funds for hiring attendants to supply in-home care and assistance when a worker sustains a degree of helplessness due to permanent total disability. When the Board, following review of the claim, expresses the opinion that the level of permanent disability on rating will be 100%, the worker may be considered for entitlement to an Attendant's Allowance.

Attendant's Allowance payments are made to the worker unless there is some indication that payment should be made directly to the attendant or the agency providing the service. The amount of allowance will vary in accordance to the level of individual worker needs.

Under a new policy effective July 1 1989, the following factors will be considered in calculating Attendant's Allowance payments:

- levels of attendant care provided
- care requirements, and
- the cost of providing such care.

Entitlement and quality of attendant care will be re-assessed annually, and confirmed, adjusted, or discontinued as warranted.

To facilitate the assessment process, the WCB developed the **Activities of Daily Living Scale (ADLS)**. The scale provides an objective and accurate means of evaluating a worker's attendant needs and corresponding entitlement in accordance with the Attendant's Allowance policy.

Communication Strategy

In the near future, the Board will be contacting all workers currently receiving an Attendant's Allowance by telephone to arrange a home visit. During the home visit, WCB personnel will use the ADLS form to record and evaluate the worker's care requirements.

Confirmation of entitlement, and decisions regarding the level of allowance, payments, etc., will be forwarded to the worker in writing once the assessment is complete.

Workers will also be advised of related Board policies, specifically those pertaining to WCB coverage. In accordance with current legislation, any individual employing an attendant for 24 hours per week or more is an employer, and is required to register with the Board as such. Similarly, an attendant providing care for 24 hours per week or more is a worker as defined by the Ontario Workers' Compensation Act.

Acknowledging the benefits of a multidisciplinary approach to care for the severely disabled, the ADLS form is divided into 3 sections, each corresponding to the level and type of attendant care required. (The chart illustration does not represent ADLS form in its entirety.)

*("Attendant's Policy Revised", Policy Report, Vol. 2 No. 1, March 1989)

ACTIVITIES OF DAILY LIVING SCALE			
LEVELS OF ATTENDANT CARE	CARE REQUIREMENT(S)		
• Skilled Attendant Care - complex health care/hygiene functions requiring trained/skilled personnel	<ul style="list-style-type: none">• Genito-Urinary Tracts• Bowel Care• Tracheostomy Care• Ventilator Care• Skin Care (in addition to bathing)• Medication• Bathing• Exercise• Other Therapy¹• Maintenance of Supplies and Equipment		
• Personal Attendant Care - routine personal care requiring trained personnel	<table><tr><td><ul style="list-style-type: none">• Dress<ul style="list-style-type: none">- upper body- lower body• Prosthetics• Orthotics• Grooming</td><td><ul style="list-style-type: none">• Undress<ul style="list-style-type: none">- upper body- lower body• Feeding• Mobility²• Extra Laundering</td></tr></table>	<ul style="list-style-type: none">• Dress<ul style="list-style-type: none">- upper body- lower body• Prosthetics• Orthotics• Grooming	<ul style="list-style-type: none">• Undress<ul style="list-style-type: none">- upper body- lower body• Feeding• Mobility²• Extra Laundering
<ul style="list-style-type: none">• Dress<ul style="list-style-type: none">- upper body- lower body• Prosthetics• Orthotics• Grooming	<ul style="list-style-type: none">• Undress<ul style="list-style-type: none">- upper body- lower body• Feeding• Mobility²• Extra Laundering		
• Basic/Supervisory Attendant Care - basic supervisory functions requiring responsible personnel	<ul style="list-style-type: none">• Ventilator Dependent• Spinal Cord Injuries• Severe Head Injuries• Multiple Amputations• Hygiene		
¹ TENS - Transcutaneous Electric Nerve Stimulator DCS - Dorsal Column Stimulator			
² Specifically applies to assisting worker in location change/transfer as part of daily routine, e.g., to and from bedroom for afternoon rests.			

INSIDE Policy Report ...

Attendant's Allowance	1
Chronic Pain Disorder	2
Comments Invited (see insert)	
• Workplace Stressors	
• Section 91(7) Penalties	
• Revenue Strategy	

Chronic Pain Disorder

POLICY STATEMENT

"The Board will accept entitlement for Chronic Pain Disorder (CPD) when it results from a compensable injury and there is sufficient credible subjective and objective evidence establishing the disorder."

Legislative Authority: *Workers' Compensation Act* sections 3(1), 40(1), 40(2), 45(1), 45(12)

On July 3, 1987, the WCB Board of Directors approved the interim Chronic Pain Disorder (C.P.D.) policy. After having had considerable experience in applying the policy, it was felt that revised guidelines would be helpful to further the understanding of the policy by WCB personnel, injured workers, employers, and their representatives, and in streamlining the adjudicative process.

Revised guidelines have been developed, and were approved by the Board of Directors on May 2, 1989. These revised guidelines, which do not change the policy, are now available, and supersede all previous guidelines.

Also considered under the CPD policy are claims from workers diagnosed with **Fibromyalgia Syndrome** and **Somatoform Pain Disorder**.

See the chart below for compensation under the *Chronic Pain Disorder* policy.

Compensation For CPD – Eligibility Criteria

Eligibility for compensation under the Chronic Pain Disorder¹ policy is considered according to all of the following conditions and evidence.

Condition	Evidence
A work related injury occurred.	A claim for compensation for an injury has been submitted and accepted.
Chronic pain ² is caused by the injury.	Subjective or objective medical or non-medical evidence ³ of the worker's continuous, consistent, and genuine pain since the time of the injury. AND Medical opinion ⁴ that the characteristics of the worker's pain (except its persistence and/or its severity) are such that the physician concludes that the pain resulted from the injury.
Pain persists 6 or more months beyond the usual healing time ⁵ of the injury.	Medical opinion of the usual healing time of the injury, based on the nature of the injury, the worker's pre-accident health status, and the treatments received. AND Subjective or objective medical or non-medical evidence of the worker's continuous, consistent, and genuine pain for 6 or more months beyond the usual healing time for the injury.
Degree of pain is inconsistent with organic findings.	Medical opinion which indicates the inconsistency.
Chronic pain impairs earning capacity.	Subjective evidence supported by medical or other substantial objective evidence that shows the persistent effects of the chronic pain in terms of a consistent and marked life disruption. ⁶

Comments Invited

Consultation with external stakeholders, involving the circulation of discussion papers which include policy proposals, has become integral to the policy development process. Currently, the Operational Policy Branch has prepared discussion papers for, and is inviting consultation on, two policy issues

- the compensability of disabilities resulting from **workplace stressors** and
- **section 91(7) penalties**

A summary of each of the issues follows.

Workplace Stressors

In recent years, workplace stressors have come to be recognized as factors which affect health. In light of this recognition, the Board is reviewing its practices relating to compensation for disabilities resulting from workplace stressors.

In February, 1989 the Board distributed a discussion paper entitled "Compensation for Chronic Occupational Stress" for external consultation. The results of that consultation were reported to the Board of Directors, who requested that an options paper be prepared. This options paper has been completed. It examines the key issues and presents policy options.

External consultation is scheduled from

- July to November 15, 1989 for workplace stressors
- during which time **written requests** for the issue papers and **written submissions** about the issues are welcome.

Section 91(7) Penalties

Section 91(7) of the *Workers' Compensation Act* (the Act) provides for a penalty for employers with a *consistently* poor accident cost and frequency record.

The Board has been excluding employers from the s.91(7) penalty for various reasons, known as exemption criteria, even though the employers met the criteria for the penalty as set out in Regulation 951 6(1) of the Act. The policy discussion paper examines the present exemption criteria, their relevance today, and proposes a new way of administering the section 91(7) program.

External consultation is scheduled from

- July to October 15, 1989 for section 91(7) penalties
- during which time **written requests** for the issue papers and **written submissions** about the issues are welcome.

Address requests for discussion papers as follows:

Workplace Stressors Consultation Project
OR

Section 91(7) Consultation Project

Workers' Compensation Board
Operational Policy Branch
2 Bloor St. East, 22nd Floor
Toronto, Ontario
M4W 3C3

Revenue Strategy

On July 6, 1989, the WCB Board of Directors approved, for external distribution, a consultation paper dealing with a new revenue strategy for the organization. The paper proposes that revisions be made to:

- the employer classification system
- the method of applying the statutory ceiling to calculate assessable earnings
- the method of billing for assessments
- registration, collections and enforcement procedures, and
- the WCB's communications practices with employers.

Basic Framework

The proposals presented in the consultation paper are designed to provide a basic framework for examining a number of complex revenue issues.

The Board of Directors has directed that the consultation paper be circulated among interested groups for comment. The WCB requests that submissions relating to the proposals advanced in the paper be received by October 10th, 1989, at the latest.

The Board invites all interested parties to make submissions regarding the Revenue Strategy. Requests for copies of the consultation paper should be addressed to:

Revenue Strategy Implementation Project

Workers' Compensation Board
2 Bloor Street East
Toronto, Ontario
M4W 3C3
(416) 926-8333

• Fibromyalgia Syndrome

Claims for fibromyalgia syndrome are considered according to the following guidelines.

1. Workers diagnosed as having fibromyalgia or fibrositis (resulting from a work related injury) **for periods between November 30, 1976 and July 2, 1987** are still to be considered for benefits in accordance with the Board's policy for psychotraumatic disability.
2. Workers **diagnosed** with fibromyalgia syndrome for periods **before July 3, 1987, and extending beyond July 3, 1987** may choose one of two options:
 - a) continue to receive benefits under the psychotraumatic disability policy for periods after July 3, 1987, or
 - b) be considered for benefits under the interim Chronic Pain Disorder policy for periods after July 3, 1987.
3. Workers **diagnosed** with fibromyalgia syndrome or fibrositis **on or after July 3, 1987** are considered for benefits under the interim Chronic Pain Disorder policy.

• Somatoform Pain Disorder

Claims for Somatoform Pain Disorder are considered for entitlement under the CPD policy (rather than the psychotraumatic disability policy) if all CPD entitlement criteria are met.

EXCEPTION

Not all claims involving persistent pain are adjudicated according to the CPD policy. If pain is attributable predominantly to an organic cause or to the psychiatric conditions of post-traumatic stress disorder or conversion disorder, the worker will be compensated pursuant to the Board's policy on that organic or psychiatric condition. If however, the chronic pain arises predominantly from psychological sources (other than post-traumatic stress disorder or conversion disorder) or undetected organic sources, the pain will be considered for compensation purposes under the interim Chronic Pain Disorder policy.

Explanatory Notes

1 - CHRONIC PAIN DISORDER

Chronic pain disorder is the term used to describe the condition of a person whose chronic pain has resulted in marked life disruption.

2 - CHRONIC PAIN

Chronic pain is pain with characteristics compatible with a compensable injury, except that it persists for 6 or more months **beyond** the usual healing time for the injury.

3 - MEDICAL OR NON-MEDICAL EVIDENCE

	OBJECTIVE	SUBJECTIVE
Medical Evidence	The recorded medical findings of one or more doctors.	The worker's medical history as recorded by one or more doctors.
Non-medical Evidence	Observations of the effects of the pain by the worker's <ul style="list-style-type: none">• family• friends• co-workers.	The worker's statement of ongoing complaints and supporting statements from the worker's <ul style="list-style-type: none">• family• friends• co-workers.

4 - MEDICAL OPINION

The opinion of a doctor based on some combination of the evidence listed above (note 3).

5 - CALCULATION OF "USUAL HEALING TIME"

"Healing time" is defined as the point in time, following an injury, at which the worker should have regained his/her pre-accident functional ability, or reached a plateau in physical recovery.

The WCB Specialized Medical Services Department has developed a chart summarizing the "usual healing times" for various conditions.

This chart will serve as a guideline in considering claims for all injured workers, except those returning to extraordinarily heavy work.

If there is reason to suspect that the worker's expected healing time will exceed the *usual* maximum healing time, or be prolonged by other factors, e.g., age, diabetes, etc., an opinion will be obtained from a Board medical advisor to assist in the adjudicative process.

If the worker reports experiencing pain continuing beyond the usual healing time (confirmed by medical reports and information obtained directly from the worker) but medical

(continued on page 4)

Worker/Independent Operator Status

At its meeting on Thursday, July 6, 1989, the Board of Directors received a preliminary verbal report on the results of consultation on the worker/independent operator policy issue. WCB administrators will be assessing the economic impact on specific industries if the organization test were applied, and will report back to the Board of Directors in the fall of 1989.

Explanatory Notes

(continued from page 3)

reports do not readily reveal an organic explanation for the severity of the pain, the **6 month period** in excess of the usual healing time is considered to commence from the date the healing was expected to be complete.

The 6 month guideline allows for:

- treatment of a pain condition to avoid chronicity (if facilities are available)
- an appropriate period for the investigation of why the worker appears not to have recovered completely (through specialist examinations, investigations by the family physician, traditional physiotherapy treatment, etc.)

Consequently, medical consultative appointments or treatment programs do not interrupt the passing of the 6 month period **unless and until a positive and firm diagnosis** of an organic condition or the psychiatric conditions of conversion disorder or post-traumatic stress disorder is made during that period. Similarly, the possibility of such a finding does not interrupt the 6 month period.

Early referral for treatment during the "potential chronic pain" phase is essential.

Where possible, treatment incorporating the methods of behavioral therapy is preferred. The WCB recognizes that facilities are limited, and both the Board and the medical community continue to work towards defining the most effective therapy for chronic pain sufferers.

6 - MARKED LIFE DISRUPTION

Pain is a subjective phenomenon that cannot be measured objectively. Therefore the degree of "marked life disruption" experienced by the worker is used to measure the effect of pain on the worker and his/her activities.

"Marked"

"...clearly noticeable or evident..." (The Concise Oxford Dictionary, Sixth Edition)

The Board of Directors intended "marked" to have the usual dictionary definition, therefore a "marked life disruption" is a change in the worker's social, occupational, and home life that is clear and distinct, and for which there is clear evidence.

There may be a **small and distinct life disruption**, or a **major and distinct disruption**, but in both cases, the criterion of "marked life disruption" is present.

"Disruption"

Disruption in the worker's social, occupational, and home life must be consistent, though the degree of disruption need not be identical in each one.

For example, a worker may experience a greater disruption from the occupational and social standpoint than from the family standpoint.

The presence of "and" (social, occupational, **and** home life) in the statement suggests that all 3 must be present, however, there is no statement that all 3 aspects of a person's life must be disrupted *to the same degree*.

Initially, the fact that the worker has not returned to employment may be an indication of marked life disruption. In cases where a worker has returned to employment modified to accommodate a compensable chronic pain condition, a disruption to the worker's occupational life may be found to be continuing.

"Significant"

Consistent with the definition of "marked", the WCB Board of Directors intended the dictionary definition of "significant" to apply,

"having a meaning; expressive, suggestive,...inviting attention; noteworthy, of considerable effect or importance, not insignificant or negligible..."

(The Concise Oxford Dictionary, Sixth Edition)

POLICY REPORT

Policy Report is published under the authority and direction of the Policy and Program Development Department of the Workers' Compensation Board. If there is any conflict between the statements contained in this publication and the *Worker's Compensation Act* and/or the Board approved policy documents, the *Act* or the approved document governs.

Comments or inquiries should be addressed to:

Jean d'Agenais, Editor,
Policy Report,
Policy and Program
Development Department,
Workers' Compensation Board,
2 Bloor Street East,
22nd Floor,
Toronto, Ontario, M4W 3C3.

Graphic Production:
Graphics Reproduction,
Office Services.

ATTENTION SUBSCRIBERS TO POLICY REPORT

To ensure you receive each issue, and to keep our mailing costs down, we need to keep our distribution system up-to-date. Please submit any changes in your mailing address to:

Usha Kapoor,
Manuals Distribution Specialist,
Policy Publications - Training and Information Branch,
Workers' Compensation Board,
22nd Floor,
2 Bloor Street East,
Toronto, Ontario,
M4W 3C3
(416) 927-4941

Subscriptions to **Policy Report** are free on request to this address.

POLICY REPORT



Workers' Compensation Board

Commission des accidents du travail

September 1989

Vol. 2 No. 4

Earnings Basis Policy

Following a review of current operating policy, the WCB approved a new policy outlining a fair method of estimating average earnings for workers whose employment histories are irregular or inconsistent.

POLICY STATEMENT

"When estimating average earnings pursuant to section 43(1)(b), adjudicators will determine whether periods of lapse in employment are to be factored into the average earnings estimate, by considering the worker's usual employment cycle. If such lapses are part of the usual employment cycle of the worker, they are to be considered in the estimation. If they are not in the usual employment cycle, they are not considered."

Workers' Compensation Act
sections 1(1)(bb), 43(1)(a), 43(1)(b)

In order to accurately calculate the amount of compensation to be paid to a worker following occupational injury, the average earnings of the worker must be estimated. Two elements are considered:

- the dollar amount of the earnings, and
- the period of time spent in employment to realize them.

The WCB calculates a worker's average earnings using the rate per week at which the worker was remunerated at the time of accident. The pay period used for this estimate is either hourly or daily, as outlined in section 43(1)(a) of the Act,

"In determining the average earnings of a worker, the Board shall,

- (a) calculate the daily or hourly rate of the worker's earnings with the employer for whom the worker worked at the time of accident as is best calculated to give the rate per week at which the worker was remunerated at the time of accident".

For injuries occurring after April 1, 1985, the estimation of average earnings is based on information provided by the employer via the "Employer's Report of Accidental Injury or Industrial Disease", form 0007, which is submitted to the Board in the event of accident. This estimate is usually acceptable, however is subject to change in some circumstances. For example:

- teachers, whose yearly salary is paid during the 9 months of the academic year
- self employed workers, where adjustment is made subject to a previously specified amount of insured earnings that may differ from the amount earned in the week prior to the injury
- apprentices, where estimates are made in accordance with s. 43(6)
- relatively new employees, where estimates are made in accordance with s. 43(2), and
- in cases when a request is made by either the worker or the employer that another estimate be made because the original estimate (based on the form 0007 information) is not a fair representation of the worker's average earnings. (continued on page 4)

Comments Invited

On September 1, 1989, the Board of Directors approved the distribution of 6 discussion papers. These papers constitute the first phase of consultation on the content of regulations required for the implementation of recent amendments to the *Workers' Compensation Act* anticipated in early 1990.

Subjects for Consultation

1. Integration of Canada Pension Plan and Quebec Pension Plan benefits with post-injury income.
2. Calculation of average earnings for apprentices, learners, and students.
3. Criteria for the determination of suitable and available employment.
4. Criteria for determining the essential duties of a pre-injury job.
5. Criteria for determining the number of workers regularly employed with an employer.
6. Criteria for determining what constitutes alternative employment, comparable in nature and earnings, to a worker's pre-injury employment and earnings.

Please address requests for discussion papers to:

Regulations Consultation Project
Attention: Usha Kapoor
Policy Publications
2 Bloor St. East, 22nd Floor
Toronto, Ontario
M4W 3C3

FAX: 927-4995

Written submissions about the proposals are welcome up to and including November 15, 1989.

Freedom Of Information and Protection Of Privacy Act (FIPPA)

Ontario's *Freedom of Information and Protection of Privacy Act (FIPPA)* incorporates the principles of freedom of information and protection of individual privacy in a single Act. Passed on June 25, 1987, FIPPA became effective January 1, 1988.

Purpose

"The purposes of this Act are,

- (a) to provide a right of access to information under the control of institutions in accordance with the principles that,
 - (i) information should be available to the public,
 - (ii) necessary exemptions from the right of access should be limited and specific, and
 - (iii) decisions on the disclosure of government information should be reviewed independently of government; and
- (b) to protect the privacy of individuals with respect to personal information about themselves held by institutions and to provide individuals with a right of access to that information."¹

FIPPA provides Ontario residents with a legal right of access to certain records² and personal information under the control of institutions covered by the legislation. These institutions include government ministries, agencies (such as the WCB), boards, commissions, and corporations. FIPPA gives individuals the right to access their own personal information, and protects the privacy of that personal information from unauthorized release. Right of access is subject to certain exemptions.

Directories

To determine the type and location of information maintained, directories are available at most public libraries and government offices.

- **The Directory of General Records** contains a description of each institution covered under the FIPPA and the types of records they hold (other than personal information).
- **The Directory of Personal Information Banks** contains a complete listing of all banks of personal information held by those institutions covered under the Act.

These directories are available for public use at the Board's Head Office Reference Library (22nd floor), and at each Regional office.

Personal Information

FIPPA specifies guidelines which the government and government agencies must adhere to in order to collect, use, and disclose information of a personal nature. In accordance with FIPPA, the Board considers most of the information contained in an injured worker's claim file to be personal information, and therefore subject to restrictions.

An individual may seek and obtain access to their own personal information. However, an individual cannot be granted access to the personal information of others without the written permission of the individual to whom the information relates.

If there is an issue in dispute, the Board's policies on file access apply, pursuant to s. 77 of the Worker's Compensation Act.

"Personal information" pertains to

recorded information about an identifiable individual, **including but not limited to:**

- race, national or ethnic origin, colour, religion, age, sex, sexual orientation, marital or family status
- education or medical, psychiatric, psychological, criminal, or employment history or financial transactions
- any identifying number, symbol or particulars assigned to an individual (e.g., social insurance number or claim number)
- address, telephone number, fingerprints or blood type of an individual
- personal opinions, except those related to another individual
- opinions expressed by others about the individual
- private correspondence
- an individual's name when it is linked to their personal information.



General Records

Subject to certain restrictions contained in FIPPA, individuals may request access to general records held by the Board, for example:

- WCB correspondence
- WCB policies and related background material
- department procedure guideline manuals
- items published in the WCB publication, "*Communiqué*", and
- employer information.

Exemptions and Restrictions

FIPPA stipulates that certain information is exempt from the general right of access, with exemptions being limited and specific. Primarily, these exemptions serve to protect the need for confidentiality of certain government records and to secure the individual's right to privacy of personal information held by government institutions.

Mandatory exemptions impose a duty on government ministries or agencies to refuse to disclose a record if it falls within the terms of the exemption.

There are 3 mandatory exemptions which require the Board to refuse to disclose the requested information:

- Cabinet records
- personal information, and
- information concerning third parties.

In addition, there are 8 discretionary exemptions which permit the government to refuse to disclose or elect to release the material. If a record falls within one of these categories, the government may decide whether or not to disclose the records. These categories are:

- advice to government
- law enforcement
- relations with other governments
- defence
- economic and other interests of Ontario
- solicitor-client privilege
- danger to health and/or safety
- information soon to be published.

In all cases, the onus is on the Board to prove that information *not released* falls under one of the permitted exemptions.

When an exemption applies to a portion of the record, the institution must provide access to as much of the record as possible by removing the exempt portion, and releasing all of the other information on the record. If access is denied, the reason must be given.

Right To Appeal

The FIPPA legislation provides an appeal mechanism in order that decisions relating to the disclosure or nondisclosure of information, and other related issues, may be reviewed by the independent Information and Privacy Commissioner.

Further information on the Board's policies and practices in relation to the FIPPA legislation will be published in future issues of Policy Report.

- 1 *Freedom of Information and Protection of Privacy Act*, 1987, s. 1.
- 2 Record: "...means any record of information however recorded, whether in printed form, on film, by electronic means or otherwise..."

(Freedom of Information and Protection of Privacy Act, s. 2.)

Announcement

New Operational Policy Manual

Policy Publications is pleased to announce that printing of the first set of 90 documents for the Board's new *Operational Policy* manual is well underway. The new manual will be the official compilation of WCB operational policies and guidelines, replacing the Claims Adjudication, Claims Services Division, Health Care Benefits Policy, Vocational Rehabilitation Division, Review Services and Employer Assessment manuals.

The *Operational Policy* manual is designed to meet the information requirements of both WCB personnel and the Board's clients, with approximately 270 documents divided into 9 categories:

- The WCB (organization & services)
- Making a Claim
- Work Related Accidents and Disabilities
- Occupational Diseases
- Wage Loss Benefits
- Billings/Reimbursements/Payments
- Vocational Rehabilitation
- Employer Information
- Appeals.

Forms used by workers, employers, and medical and health care practitioners in their communications with the Board are illustrated in the manual. A comprehensive alphabetical

subject index to aid retrievability of subject matter is also included.

The documents will be housed in WCB 3-ring vinyl binders with mylar coated tab dividers.

The Operational Policy manual will be available to the public for reference purposes at all Board offices and selected public libraries across the province.

Subscription Services

The purchase price for the new manual is \$125.00 per copy. This price covers the costs of materials (paper, binders, tab dividers, etc.), printing, postage and administrative costs.

To purchase the manual by mail, send \$125.00 by cheque or money order, made payable to the:

**Workers' Compensation Board
Account 4711-62901.**

Cash purchases can be made from Policy Publications, 2 Bloor Street East, Toronto, Ontario M4W 3C3.

An annual amendment subscription service will begin in 1990. Manual subscribers will be invoiced in the last quarter of each year for the forthcoming year's update service. The fee for amendment services for 1990 will be \$75.00 per manual.

Earnings Basis Policy *(continued from page 1)*

In these circumstances, the Board may, upon application, estimate average earnings using the 12 months (or such lesser period) immediately preceeding the date of accident, as outlined in section 43(1)(b),

"(b) if the calculation under clause (a) does not fairly represent the average earnings of the worker, upon application the Board shall determine the worker's average earnings with the employer for whom the worker worked at the time of accident during the twelve months or such lesser period immediately preceding the accident when the worker was employed with the employer."

Periods Of Employment

In calculating a worker's earning basis, s. 43 requires that the Board take into consideration all time periods when an employment relationship exists between a worker and an employer.

Periods Of Unemployment

Time losses due to shortage of work, or other periods of unemployment will be factored into the earnings basis if

- characteristic of the unemployment cycle in the industry in which the worker is employed
- they could have been anticipated to occur
- they form a pattern which comprises the worker's usual employment cycle.

Periods of unemployment will not be considered in calculations if the lack of work is directly attributable to unavoidable causes that could not reasonably be anticipated.

Employment Cycle

In determining whether a lapse in employment is part of a worker's "usual employment cycle" or the employment cycle of the industry, the following is taken into account:

- the worker's normal employment pattern (considering the past 3 – 5 years), including:
 - periods of employment
 - whether employment was casual or full-time
 - periods of unemployment or time off work
 - reasons for such lapses.
- time losses that are normal for the industry in which the worker was employed, e.g., seasonal, annual, or regular layoffs, or such irregular periods as are characteristic of the worker's employment.

Consideration of these factors when determining the "allowability" of lost time experienced by workers during the period being used to estimate earnings will result in achievement of a fair and equitable estimation of average earnings.

Effective Date

This policy applies to applications received relating to the calculation of **average earnings** with respect to:

- work-related injuries occurring on or after July 1, 1989, and
- industrial diseases for which a diagnosis is confirmed on or after July 1, 1989.

Board Minute #17, April 13, 1982, Page 4960 remains in effect for:

- work-related injuries which occurred prior to July 1, 1989, and
- industrial diseases for which a diagnosis is confirmed prior to July 1, 1989.

POLICY REPORT

Policy Report is published under the authority and direction of the Policy and Program Development Department of the Workers' Compensation Board. If there is any conflict between the statements contained in this publication and the *Worker's Compensation Act* and/or the Board approved policy documents, the *Act* or the approved document governs.

Comments or inquiries should be addressed to:

Jean d'Agenais, Editor,
Policy Report,
Policy and Program
Development Department,
Workers' Compensation Board,
2 Bloor Street East,
22nd Floor,
Toronto, Ontario, M4W 3C3.

Graphic Production:
Graphics Reproduction,
Office Services.

Attention Subscribers To Policy Report

To ensure you receive each issue, and to keep our mailing costs down, we need to keep our distribution system up-to-date. Please submit any changes in your mailing address to:

Usha Kapoor,
Manuals Distribution Specialist,
Policy Publications – Training
and Information Branch,
Workers' Compensation Board,
22nd Floor,
2 Bloor Street East,
Toronto, Ontario,
M4W 3C3

(416) 927-4941

Subscriptions to Policy Report are free on request to this address.

Politique sur la base salariale

(suite de la page 1)

Dans ces circonstances, la Commission peut, sur demande, faire une estimation des gains moyens du travailleur en utilisant les 12 mois (ou une période moindre) qui précèdent immédiatement l'accident, comme l'indique l'alinéa 43 (1) b) :

<<(b) si le calcul effectué en vertu de l'alinéa a) ne représente pas équitablement les gains moyens du travailleur, la Commission établit, à la suite d'une demande, les gains moyens du travailleur chez l'employeur pour lequel il travaillait lors de l'accident pendant les douze mois, ou pendant une période plus courte, qui ont précédé immédiatement l'accident, lorsque le travailleur travaillait pour l'employeur.>>

Les pertes de temps dues à un manque de travail et les autres périodes pendant lesquelles l'employé ne travaille pas seront prises en considération pour le calcul des gains moyens si :

- elles sont caractéristiques du cycle d'emploi de l'industrie dans laquelle l'employé travaille;
- elles pouvaient être prévues;
- elles forment un modèle qui fait partie du cycle habituel d'emploi du travailleur.

Les périodes pendant lesquelles le travailleur ne travaille pas ne seront pas prises en considération dans le calcul si le manque de travail est directement attribuable à des causes évitables qui ne pouvaient raisonnablement pas être prévues.

Périodes de travail

Date d'entrée en vigueur

Cette politique s'applique aux demandes reçues ayant trait au calcul des gains moyens pour :

- les lésions professionnelles survenues le 1^{er} juillet 1989 ou après cette date;
- les maladies professionnelles dont le diagnostic a été confirmé le 1^{er} juillet 1989 ou après cette date.

Le procès-verbal n° 17 du conseil du 13 avril 1982, page 4960 demeure en vigueur en ce qui a trait :

- aux lésions professionnelles survenues avant le 1^{er} juillet 1989;
- aux maladies professionnelles dont le diagnostic a été confirmé avant le 1^{er} juillet 1989.

Cycle d'emploi

Pour déterminer si une période de non-emploi fait partie du <<cycle habituel d'emploi>> du travailleur, on du cycle d'emploi de l'industrie, il faut tenir compte de ce qui suit :

- le modèle d'emploi normal du travailleur (des 3 à 5 dernières années), incluant :
- les périodes d'emploi;
- le type d'emploi - occasionnel ou à temps plein;
- les périodes de non-emploi ou d'interruption de travail;
- les raisons des périodes de non-emploi.

● les pertes de temps qui sont normales pour l'industrie dans laquelle le travailleur travaille, par exemple, le travail saisonnier ou annuel et les licenciements irréguliers caractéristiques de l'emploi du travailleur.

Si l'on considère ces facteurs pour déterminer la <<validité>> des pertes de temps des travailleurs durant les périodes utilisées pour estimer ses gains, nous obtiendrons une estimation juste et équitable de ses gains moyens.

Avis aux abonnés du Bulletin des politiques

Pour nous assurer que vous recevez bien chaque exemplaire et pour réduire nos coûts d'envoi, nous désirons garder notre système de distribution à jour. Veuillez communiquer tout changement d'adresse postale à :

Usha Kapoor,
Responsable de la distribution des manuels
Publications des politiques -
Direction de la formation et de l'information
Commission des accidents du travail
22^e étage
2, rue Bloor est
Toronto (Ontario)
M4W 3C3
(416) 927-4941

L'abonnement au Bulletin des politiques est gratuit sur demande à l'adresse susmentionnée.

BULLETIN DES POLITIQUES

Le Bulletin des politiques est publié sous l'autorité et la direction du Service de l'élaboration des politiques et des accidents du travail. S'il y a contradiction entre les déclarations contenues dans cette publication et la Loi sur les accidents du travail et/ou les politiques approuvées de la Commission, c'est à la Loi ou aux documents approuvés qu'il faut se référer.

Veuillez adresser vos questions ou commentaires à :

Jean d'Agneis, directrice,
Bulletin des politiques
Service de l'élaboration des politiques et des programmes
Commission des accidents du travail
22^e étage
2, rue Bloor est
Toronto (Ontario)
M4W 3C3

Production graphique :
personnel de bureau

<<Document qui reproduit des renseignements sans égard à leur mode de transcription, que ce soit sous forme imprimée, sur film, au moyen de dispositifs électroniques ou autrement.>>

(Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée, article 2)

AVIS

Nouveau manuel des politiques administratives *

Un index complet des sujets classés par ordre alphabétique y a été inclus pour permettre d'obtenir plus rapidement l'information recherchée.

Ces documents seront insérés dans un cartable en vinyle à trois anneaux muni de feuilles intercalaires à onglets de plastique <<mylar>>.

Le manuel des politiques administratives sera disponible pour consultation dans tous les bureaux de la Commission et dans certaines bibliothèques publiques de la province.

Services d'abonnement

Le prix du nouveau manuel est de 125 \$ l'exemplaire. Ce montant couvre le coût des matériaux (papier, cartables, feuilles intercalaires, etc.), l'imprimerie, les frais de poste et les frais administratifs.

Pour recevoir le manuel par la poste, veuillez envoyer un chèque ou un mandat-poste de 125 \$ payable à l'ordre de :

La Commission des accidents du travail

Compte n° 4711-62901

Pour acheter le manuel vous pouvez vous présenter au Service de publication des politiques, situé au 2, rue Bloor est, Toronto (Ontario) M4W 3C3.

Une mise à jour annuelle sera faite à partir de 1990. Les abonnés recevront une facture au cours du dernier trimestre de chaque année pour les mises à jour de l'année suivante. Le coût du service de mise à jour sera de 75 \$ par manuel.

* (temporairement disponible en anglais seulement)

connexes puissent être révisées par un commissaire à l'information et à la protection de la vie privée. De plus amples renseignements sur les politiques et les pratiques de la Commission concernant la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée seront publiés dans d'autres numéros du Bulletin des politiques.

1 Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée, 1987, article 1

la confidentialité des renseignements personnels détenus par les organismes gouvernementaux. Par ailleurs, les ministères et agences du gouvernement ont le devoir de refuser de divulguer un document s'il est soumis à une exemption obligatoire. Trois exemptions obligatoires obligent la Commission à refuser de divulguer les renseignements demandés. Il s'agit :

- des documents du Conseil des ministres;
- des renseignements personnels;
- des renseignements de tiers.

De plus, il existe 8 exemptions arbitraires qui laissent au gouvernement le choix de divulguer ou non les renseignements demandés. Si le document entre dans une de ces catégories, le gouvernement peut décider de divulguer ou non les renseignements. Il s'agit des catégories suivantes :

- conseils au gouvernement;
- exécution de la loi;
- rapports avec d'autres autorités gouvernementales;
- défense;
- intérêts économiques et autres de l'Ontario;
- secret professionnel de l'avocat;
- menace à la santé ou à la sécurité;
- publication prochaine des renseignements.

Dans tous les cas, il incombe à la Commission de prouver que les renseignements non divulgués entrent dans une des catégories ci-dessus. Lorsqu'une exemption s'applique à une partie seulement d'un document, l'institution doit permettre l'accès à la plus grande partie possible du document en enlevant de celui-ci les renseignements exemptés et en divulguant tous les autres renseignements contenus dans le document. Si l'accès est refusé, ce refus doit être motivé.

Droit de contester

La Loi prévoit un mécanisme d'appel afin que les décisions relatives à la divulgation ou non des renseignements et autres problèmes

Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée

La Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée de l'Ontario réunit en une seule loi les principes de l'accès à l'information et de la protection de la vie privée. Adoptée le 25 juin 1987, cette loi est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1988.

Objectifs

<<La présente loi a pour objets :

- a) de procurer un droit d'accès à l'information régié par une situation conformément aux principes suivants :

- (i) l'information doit être accessible au public,

- (ii) les exceptions à ce principe doivent être limitées et précises,

- (iii) les décisions relatives à la divulgation de l'information ayant trait au gouvernement devraient faire l'objet d'un examen indépendant du gouvernement;

- b) de protéger la vie privée des particuliers que concernent les renseignements personnels détenus par une institution et d'accorder à ces particuliers un droit d'accès à ces renseignements.>>

La Loi confère à tous les résidents de l'Ontario le droit d'accéder aux documents et aux renseignements personnels contenus dans les dossiers détenus par les institutions visées par la Loi. Ces institutions incluent les ministères gouvernementaux, agences (comme la CAT), conseils, commissions et corporations. La Loi donne à chacun le droit d'accéder à des renseignements personnels les concernant et le protège ces personnes contre la divulgation non autorisée de ces renseignements. Le droit d'accès est sujet à certaines exemptions.

Répertoires

Pour déterminer où se trouve le dossier qui vous intéresse, deux

répertoires peuvent être consultés dans la plupart des bibliothèques publiques et bureaux du gouvernement :

- Le Directory of General Records (Répertoire des documents généraux) comprend une description de chaque organisme touché par la Loi et du type de documents qu'il détient (et qui contiennent autre chose que des renseignements personnels).

- Le Directory of Personal Information Banks (Répertoire des banques de renseignements personnels) comprend une liste exhaustive de toutes les banques de renseignements personnels détenues par les organismes visés par la Loi.

Ces répertoires sont disponibles pour consultation à la bibliothèque du bureau central de la Commission (au 22^e étage) et dans chaque bureau régional.

Renseignements personnels

La Loi établit des directives que le gouvernement et ses agences doivent respecter pour recueillir, utiliser et divulguer des renseignements d'ordre personnel. En conformité avec la Loi, la Commission considère que la plupart des renseignements contenus dans le dossier d'un travailleur blessé sont d'ordre personnel, donc soumis à des restrictions.

On peut demander et obtenir accès à ses propres renseignements personnels. Cependant, on ne peut obtenir accès aux renseignements personnels d'une autre personne sans la permission écrite de cette dernière.

S'il y a litige, la politique de la Commission, adoptée aux termes de l'article 77 de la Loi sur les accès au travail relativement à l'accès aux dossiers, l'emporte.

Par <<renseignements personnels>> on entend renseignements consignés ayant trait à un particulier qui peut être identifié. Cela comprend notamment :

- les renseignements concernant la race, l'origine nationale ou

ethnique, la couleur, la religion, l'âge, le sexe, l'orientation sexuelle, l'état matrimonial ou familial de celui-ci;

- les renseignements concernant l'éducation, les antécédents médicaux, psychiatriques, psychologiques, criminels ou professionnels de ce particulier, ainsi que ses transactions financières;

- un numéro d'identification, un symbole ou un autre signe individuel qui lui est attribué (ex. numéro d'assurance sociale, numéro de dossier);
- l'adresse, le numéro de téléphone, les empreintes digitales ou le groupe sanguin de ce particulier;
- les opinions personnelles, sauf si elles se rapportent à un autre particulier;
- les opinions d'une autre personne au sujet de ce particulier;
- la correspondance privée;
- le nom de ce particulier lorsqu'il est lié à ses renseignements personnels.

Documents généraux

- Sous réserve de certaines restrictions prévues dans la Loi, on peut avoir accès aux documents généraux détenus par la Commission, par exemple :
- la correspondance de la CAT;
 - les politiques de la CAT et les renseignements généraux s'y rattachant;
 - les manuels de procédures des divisions;
 - les articles publiés dans la publication <<Communiqué>> de la CAT;
 - les renseignements relatifs aux employeurs.

Exemptions et restrictions

La Loi stipule que certains renseignements sont exempts du droit général d'accès aux renseignements. Ces exemptions sont limitées et spécifiques, et servent à protéger le besoin légitime de confidentialité de certains dossiers du gouvernement et à assurer à chacun le respect de



Politique sur la base salariale

Après une révision de la politique d'exploitation en vigueur, la CAT a approuvé une nouvelle politique créant une méthode juste d'estimation des gains moyens pour les travailleurs dont les emplois sont irréguliers ou inconsistants.

DÉCLARATION DE PRINCIPES

<<En faisant l'estimation des gains moyens en vertu de l'alinéa 43 (1) b), les agents d'indemnisation détermineront si les périodes pendant lesquelles le travailleur n'était pas employé doivent être prises en considération lors du calcul de l'estimation des gains moyens, en tenant compte du cycle habituel d'emploi du travailleur. Si ces périodes font partie du cycle habituel d'emploi du travailleur, elles doivent être prises en considération lors du calcul de l'estimation. Sinon, on ne doit pas les considérer.>>

[Loi sur les accidents du travail, paragraphes 1 (1), alinéas 43 (1) a) et b)]

Pour calculer adéquatement le montant des indemnités à payer à un travailleur à la suite d'une lésion professionnelle, on doit faire une estimation des gains moyens du travailleur. Dès lors, deux éléments doivent être considérés :

- la valeur des gains en dollars;
- le temps que cela lui a pris pour réaliser ces gains.

La CAT calcule les gains moyens du travailleur en utilisant le taux hebdomadaire auquel le travailleur était rémunéré lors de l'accident. La Commission peut utiliser pour cette estimation le taux horaire ou quotidien du travailleur comme le stipule l'alinéa 43 (1) a) de la Loi :

<<Dans le calcul des gains moyens du travailleur, la Commission :

a) calcule le taux horaire ou quotidien des gains du travailleur chez l'employeur pour lequel il travaillait lors de l'accident de la façon la plus propre à obtenir le taux hebdomadaire auquel le travailleur était rémunéré lors de l'accident;>>

Pour les accidents qui se sont produits après le 1^{er} avril 1985, l'estimation des gains moyens est basée sur les renseignements fournis

par l'employeur dans le formulaire n° 0007 <<Avis d'accident de travail et de maladie professionnelle (employeur)>>, qui est soumis à la Commission lorsqu'il y a un accident. Cette estimation est habituellement acceptable mais peut faire l'objet de changements dans certaines circonstances. C'est le cas notamment :

- des enseignants dont le salaire annuel est payé durant les 9 mois que compte l'année scolaire;
- des travailleurs qui travaillent à leur compte et dont le salaire est rajusté en fonction d'un montant spécifique de gains assurables, lequel peut être différent du montant gagné au cours de la semaine précédant la lésion;
- des apprentis dont le salaire peut être estimé par la Commission en vertu du paragraphe 43 (6);
- des employés relativement nouveaux dont le salaire peut être estimé par la Commission en vertu du paragraphe 43 (2);
- d'un travailleur ou d'un employeur qui demande qu'une autre estimation soit faite parce que l'estimation initiale (basée sur les renseignements inclus dans le formulaire 0007) ne donnait pas une idée juste des gains moyens de l'employé.

(suite à la page 4)

Les sujets des documents de consultation sont :

Le 1^{er} septembre 1989, le conseil d'administration a approuvé la distribution de 6 documents de consultation. Ces documents contiennent la première étape du processus de consultation sur le contenu des règlements nécessaires à la mise en oeuvre, prévue pour le début de 1990, des modifications récentes apportées à la Loi sur les accidents du travail.

Vos commentaires S.V.P.

1. Intégration des indemnités du Régime des pensions du Canada et du Régime des rentes du Québec aux gains réalisés après l'accident.
2. Calcul des gains moyens des apprentis, des stagiaires et des étudiants.
3. Critères servant à déterminer si un emploi est approprié et disponible.
4. Critères servant à établir les tâches essentielles de l'emploi avant l'accident.
5. Critères pour déterminer le nombre de travailleurs généralement embauchés par l'employeur.
6. Critères pour déterminer ce qui constitue un emploi acceptable, comparable du point de vue des fonctions et du salaire aux tâches et aux gains du travailleur avant l'accident.

Pour obtenir un document de consultation, veuillez écrire à :

Projet de consultation sur les règlements
À l'attention de Usha Kapoor
Publication des politiques
2^e, rue Bloor est, 22^e étage
Toronto (Ontario)
M4W 3C3
FAX : 927-4995
Les suggestions et les commentaires écrits au sujet de ces documents seront acceptés jusqu'au 15 novembre 1989.

CA20N
L90
-P56

POLICY REPORT



Workers'
Compensation
Board

Commission
des accidents
du travail

November 1989
Vol. 2 No. 5

Pension Payments Outside Canada

On May 8, 1989, a new policy was approved on payment to pension recipients not residing in Canada. Previously, pension recipients residing in non-NATO and non-Commonwealth countries received their benefit payments in a different manner than other pension recipients.

Rather than being mailed to the home address of the pension recipient, pension cheques were mailed to the Canadian or British embassy for pick-up. In addition, pension cheques normally issued on a monthly basis were sent only once or twice a year to those who resided in non-NATO or non-Commonwealth countries. The previous policy was approved in 1955, largely in response to the prevailing "cold war" atmosphere. By directing monies through the embassy, the Board insured against possible confiscation by the foreign state. In addition, the Board would be assured that the payment went to the correct person because the embassy would require proper identification

before releasing any cheques. In recent years, this practice had become problematic in some instances, and it was felt that securing payments in this manner was no longer necessary.

NEW POLICY

"Pension payments to persons who reside outside of Canada shall be made in the same manner as if they were still residing in Canada, though exceptions can be made with respect to the frequency of payment and the mailing address."*

The Board's new policy provides that pension recipients no longer residing in Canada will receive their pension payments in the same manner as if they were still residing in Canada.

Exceptions with respect to the frequency of payment and the mailing address will be made if the pension recipient has concern that the usual method is not secure, or if monthly payments are burdensome in terms of currency exchange or banking requirements. In these cases, the Board will, at the worker's request, make less frequent payment, or will mail the pension payment to the appropriate Canadian embassy, consulate or diplomatic post handling Canadian affairs.

Effective Date

The new policy applies to all pension cheques for non-residents of Canada dated on or after September 1, 1989. Pension recipients affected by this change will receive a letter outlining the new approach and the option of making alternative arrangements if the pension recipient has concerns regarding security or frequency of payment. ☐

* Board Minute #3, May 8, 1989, Page 74

International Reciprocal Agreements

The Ontario Workers' Compensation Board maintains reciprocal agreements with its counterparts in the countries of Italy, Greece, and Portugal.

ITALY - "INAIL"

(Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro)

PORTUGAL - "CNSDP"

(Caixa Nacional de Seguros de Doencas Profissionais)

GREECE - "MSSG"

(Ministry of Social Services Greece)

These reciprocal agreements provide a mechanism for:

- reviewing a worker's degree of permanent partial disability
- paying for necessary health care at the worker's place of residence
- registering claims for exposure that may have resulted in occupational disease.

The provisions of the INAIL, CNSDP and MSSG agreements apply to the workers of Ontario, Italy, Portugal and Greece who are entitled to a *permanent disability award* from either INAIL, CNSDP,

MSSG or the Ontario Workers' Compensation Board.

The agreements apply to the evaluation or re-evaluation of work-related residual clinical disability affecting a worker, and the conditions related to the recognized disability. These agreements apply when an Ontario resident moves out of the country, or if a person from another jurisdiction moves to Ontario. In either case, the injured worker obtains pension-related services without having to return home.

Workers who receive benefits for permanent disability from Italy, Portugal or Greece, and who now reside in Ontario, may be assessed by the Ontario WCB once a "Certificate of Authorization" has been received from INAIL, CNSDP, or MSSG. (cont'd on page 4)

Employer Reporting Obligations & Penalties

As reported in the March 1989 issue of Policy Report (Vol.2 No.1), some of the rules governing employer reporting obligations and penalties will change effective January 1, 1990.

The 5 main employer reporting obligations and the related penalties are outlined below:

REGISTERING A NEW BUSINESS WHEN THE FIRST WORKER IS HIRED

To register, a new employer must:

1. contact the WCB within 30 days of hiring the first worker, and
2. returned the completed statement of payroll to the WCB within 45 days of the statement being issued to the employer by the WCB.

Employers who register on time avoid:

- a 5% penalty on the assessment calculated from the day the first employee was hired, and
- interest on the above assessment calculated at the Bank of Canada rate plus 2%, and
- liability for the full cost of lost time accidents occurring before completion of the two registration obligations.

SUBMIT PAYROLL STATEMENTS ON TIME EACH YEAR

In late December or early January, the WCB mails a statement of payroll to each registered employer. Employers must complete and return their company's payroll statement to the WCB by the due date of March 15 (April 30 for farmers).

Employers who submit their payroll statements on time will avoid a penalty of:

- 5% for late filing if the statement is received after March 15 but before the date of the annual arbitrary assessment, or
- 10% for non-filing if the statement is received after the annual arbitrary assessment date (usually in the 3rd quarter).

- liability for the full cost of lost time accidents occurring during the period from the date the statement was due to the date the Board received the statement.

REPORTING PAYROLL ACCURATELY

Employers may reforecast their payroll estimates during the year. The WCB suggests that employers who pay their assessments in a lump sum or in instalments review their payroll each quarter and submit a revision if the reforecasted estimate exceeds the previous estimate by 25%. This does not apply to employers included in the monthly self-assessment plan who report their actual payroll to the Board monthly.

If discrepancies in reported payroll or industry classification occur, the WCB may assess employers retroactively for up to 6 previous years, or to the last year audited. If the inaccuracies were intentional, an additional penalty will be levied equal to 100% of the difference in assessment for each year in which the employer intentionally under-reported or misallocated payroll among rate groups.

"Intentional under-reporting" is defined as continued under-reporting or misallocation of payroll among rate groups, despite previous written direction from the WCB on the proper method of reporting payroll.

The WCB will attempt to identify employers who repeatedly under estimate, and automatically increase the estimate to the level of the previous year's reported payroll.

PAYING ASSESSMENT PREMIUMS WHEN DUE

When the WCB receives an employer's statement of payroll, an assessment premium is prepared and sent to the employer for payment. In paying the assessment by the due date, an employer avoids:

- a 5% service charge on the unpaid assessment
- a further 1.5% interest for each month the assessment remains unpaid
- liability for the full cost of lost time accidents occurring when the assessment has been overdue for 120 days or more.

REPORT ACCIDENTS PROMPTLY

According to section 121(1) of the *Workers' Compensation Act*, when an accident occurs, **employers must notify the Board in writing within three working days** of learning of the accident. This applies to both lost-time and no-lost time claims. Allowing for transit in the mail, the Board will permit up to seven working days for receipt of written notification. If the accident report is **signed later than three days after the employer learns of the accident, the penalty applies**, even though the report may have been received within seven working days.

Employers usually submit a completed form 0007, "Employer's Report of Accidental Injury or Industrial Disease", although a reasonable facsimile or letter delivered by hand, courier, regular or electronic mail is acceptable, provided all information as specified in section 121(1) of the Act is included and legible.

Information received by telephone is not considered evidence of an employer's compliance within the 3 day reporting provision.

By reporting accidents promptly, employers avoid being charged a penalty for each incident of non-compliance (applies to both lost time and no-lost time claims):

- \$100 for each late accident report in 1990

- \$150 for each late accident report in 1991
- \$250 for each late accident report in 1992.

RELIEF FROM PENALTIES

If partial financial relief from a penalty is provided under the Act, it may be granted on the grounds of unfamiliarity with reporting or payment obligations. Total relief will not be granted for reason of unfamiliarity with reporting or payment obligations.

PHASED PAYMENTS

Provided that the WCB's financial interests are protected and an employer's account is up to date, a

phased payment plan (3 month intervals for up to 3 years) may be permitted for significant penalties if:

- the penalty causes the employer grave financial hardship
- action to improve payment and occupational health and safety practices has been taken, and
- the employer is solvent.

An employer can have only one phased payment plan at a time (i.e., two or more phased payment plans cannot exist concurrently or overlap with one another). If there is an overdue balance outstanding, we strongly recommend the employer contact our collection services area. ☐

The automatic deduction of the worker's ongoing compensation can be re-negotiated at the request of the worker or the worker's representative at any time.

If the worker objects to the existence of the overpayment, the recovery will be initiated and pursued until the objection is resolved through the Board's appeals process. If the worker's objection is allowed, any monies deducted will be reimbursed to the worker with interest.

If it appears that the new or subsequent claim will likely take some time to adjudicate (e.g. if a field investigation is necessary or a pension rating is pending), an additional letter is mailed reminding the worker of:

- the outstanding overpayment; and
- the Board's position regarding automatic overpayment recovery.

The letter will once again urge the worker to contact the Board to negotiate a repayment schedule.

It must be stressed that this method of recovery is only used in a situation where a worker repeatedly ignores the Board's attempts to recover an outstanding overpayment, or fails to engage in an agreed upon repayment plan. Automatic overpayment recovery *will not apply* if a worker is making every effort to repay the overpayment.

It is hoped that, while retaining the flexibility to negotiate the terms of repayment at all times, this new policy may encourage workers to settle outstanding overpayments more quickly.

The effective date will be the same as the general implementation of the WBS. This is expected to be the end of 1989.

- * A lump sum payment is:
- any payment of temporary disability benefits representing a benefit period greater than two weeks;
 - a permanent disability award payable as a lump sum; or
 - any pension arrears.

Automatic Overpayment Recovery

Besides its ability to make payments more efficiently, the new Workers' Benefits computer system (WBS) will also provide the Board with the ability to more effectively recover outstanding overpayments after all other possible recovery methods have been exhausted.

HOW OVERPAYMENTS OCCUR

An overpayment can occur in a claim for a variety of reasons. A worker may return to employment and the WCB isn't notified and continues to issue benefits. Data entry errors may be made on the part of the WCB. Workers may accept benefit payments when there is no entitlement. Incorrect earnings information may be reported by the worker or employer.

RECOVERY METHOD

Considerable effort is made to recover overpayments without creating undue financial hardship for workers. Despite this effort, a number of overpayments are not recovered.

The initial attempt to recover an overpayment is usually made once the worker is back to work.

Depending on the amount involved, the worker may be contacted up to four times by telephone, letter, or in person by a Board representative. Every effort is made to work out a repayment plan.

If these numerous contacts are unsuccessful and a repayment schedule is not worked out, the worker is advised by registered mail that if compensation is payable in a new or subsequent claim the new WBS enables the Board to identify, and *automatically* recover outstanding overpayments from any subsequent compensation to which a worker becomes entitled. When the WBS identifies an outstanding overpayment, the adjudicator will program the WBS to automatically deduct:

- the full amount of the overpayment from any lump sum payment;* and/or
- 20% of the worker's ongoing compensation payments (temporary disability, pension, or pension supplement)

until the overpayment is recovered. (In establishing the 20% figure, the *Wages Act* was used as a guide. That Act specifies a maximum of 20% in garnishment proceedings.)

International Reciprocal Agreements

(cont'd from page 1)

The Certificate also allows for the payment of necessary health care at the worker's place of residence, or allows for inquiry into exposure(s) which may have resulted in occupational disease. Following inquiry and/or assessment, findings are communicated to the respective overseas counterpart so that a decision may be made.

Similarly, Ontario injured workers who now reside in Italy, Portugal or Greece may benefit from these reciprocal agreements. ☐

POLICY REPORT

Policy Report is published under the authority and direction of the Policy and Program Development Department of the Workers' Compensation Board. If there is any conflict between the statements contained in this publication and the *Worker's Compensation Act* and/or the Board approved policy documents, the *Act* or the approved document governs.

Comments or inquiries should be addressed to:

Jean d'Agenais, Editor,
Policy Report,
Policy and Program
Development Department,
Workers' Compensation Board,
2 Bloor Street East,
22nd Floor,
Toronto, Ontario, M4W 3C3.

Graphic Production:
Graphics Reproduction,
Office Services.

ATTENTION SUBSCRIBERS TO POLICY REPORT

To ensure you receive each issue, and to keep our mailing costs down, we need to keep our distribution system up-to-date. Please submit any changes in your mailing address to:

Usha Kapoor,
Manuals Distribution Specialist,
Policy Publications – Training and Information Branch,
Workers' Compensation Board,
22nd Floor,
2 Bloor Street East,
Toronto, Ontario,
M4W 3C3

(416) 927-4941

Subscriptions to **Policy Report** are free on request to this address.

ACCORDS INTERNATIONAUX DE RÉCIPROCITÉ

(suite de la page 1)

Les travailleurs qui reçoivent des indemnités d'invalidité permanente de l'Italie, du Portugal ou de la Grèce et qui résident maintenant en Ontario, peuvent être évalués par la CAT de l'Ontario une fois qu'un <<Certificat d'autorisation>> a été reçu de INAIL, CNSDP ou MSSG. Le certificat permet aussi le versement des prestations d'aide médicale nécessaires au lieu de résidence du travailleur ou permet l'étude des demandes pour exposition pouvant avoir entraîné une maladie professionnelle. Après enquête et/ou évaluation, les résultats sont communiqués aux homologues respectifs pour qu'une décision soit prise.

De même, les travailleurs de l'Ontario qui résident maintenant en Italie, au Portugal ou en Grèce peuvent bénéficier de ces accords de réciprocité. ■

Avis aux abonnés du Bulletin des politiques

Pour nous assurer que vous recevez bien chaque exemplaire et pour réduire nos coûts d'envoi, nous désirons garder notre système de distribution à jour. Veuillez communiquer tout changement d'adresse postale à :

Usha Kapoor,
Responsable de la distribution des manuels
Publications des politiques –
Direction de la formation et
de l'information
Commission des accidents du
travail
22^e étage
2, rue Bloor est
Toronto (Ontario)
M4W 3C3
(416) 927-4941

L'abonnement au Bulletin des politiques est gratuit sur demande à l'adresse susmentionnée.

La Commission espère que, tout en maintenant la possibilité de négocier les conditions du remboursement en tout temps, cette nouvelle politique encouragera les travailleurs à rembourser leurs paiements excédentaires en souffrance plus rapidement. La date d'entrée en vigueur de cette politique est la même que celle de la mise en oeuvre du S.I.I.T., laquelle est prévue pour la fin de 1989. ■

REMARQUE :

1. L'expression <<montant forfaitaire>> s'entend de ce qui suit :

- i) un paiement d'indemnités d'invalidité temporaire correspondant à une période d'indemnisation de plus de deux semaines;
- ii) une pension d'invalidité permanente payable en un seul versement
- iii) des arrérages de pension.

BULLETIN DES POLITIQUES

Le Bulletin des politiques est publié sous l'autorité et la direction du Service de l'élaboration des politiques et des programmes de la Commission des accidents du travail. S'il y a contradiction entre les déclarations contenues dans cette publication et la Loi sur les accidents du travail et/ou les politiques approuvées de la Commission, c'est à la Loi ou aux documents approuvés qu'il faut se référer.

Veuillez adresser vos questions ou commentaires à :

Jean d'Agneais, directrice,
Bulletin des politiques
Service de l'élaboration des politiques
et des programmes
Commission des accidents du travail
22^e étage
2, rue Bloor est
Toronto (Ontario)
M4W 3C3

Production graphique :
personnel de bureau

RECOURS AUTOMATIQUE DES PAIEMENTS EXCÉDENTAIRES (suite de la page 3)

(La Loi sur les salaires a servi de guide lors de l'établissement du 20 %. Cette loi impose un maximum de 20 % dans le cas de saisies-arrêts.)

Le travailleur ou son conseiller peut en tout temps demander que la déduction automatique faite sur les indemnités que le travailleur reçoit soit négociée à nouveau.

Si le travailleur conteste la validité du paiement excédentaire, le recouvrement est amorcé et continue jusqu'à ce que la contestation soit résolue par l'entremise du système d'appel de la Commission. Si la contestation du travailleur est acceptée, les sommes déduites lui seront remboursées avec les intérêts.

Si la Commission estime que la nouvelle demande ou la demande subséquente prendra beaucoup de temps à traiter (par exemple, lorsqu'il faut mener une enquête sur place ou attendre de connaître le taux de pension), elle fait parvenir une autre lettre au travailleur pour lui rappeler :

- i) l'existence du paiement excédentaire;
- ii) la position de la Commission concernant le recouvrement automatique du paiement excédentaire.

Cette lettre recommandera une fois de plus au travailleur de communiquer avec la Commission afin d'établir un mode de remboursement.

Il faut souligner que ce mode de recouvrement n'est utilisé que lorsque le travailleur ne tient toujours pas compte des efforts que fait la Commission pour recouvrir le paiement excédentaire en souffrance ou qu'il manque à son engagement relativement au mode de remboursement convenu. Le recouvrement automatique des paiements excédentaires ne s'applique pas à un travailleur qui fait tous les efforts possibles pour rembourser le paiement.

Recouvrement automatique des paiements excédentaires

En plus de rendre le versement des paiements plus efficace, le nouveau système d'indemnisation informatisé des travailleurs (S.I.I.T.) permettra également à la Commission de recouvrer plus rapidement les paiements excédentaires une fois que toutes les autres méthodes de recouvrement auront été épuisées.

Afin de tenir compte de l'envoi de ce formulaire par courrier, la Commission doit recevoir ce formulaire dans les sept jours suivant l'accident. Si l'avis d'accident est signé plus de trois jours après que l'employeur a appris qu'un accident est survenu, ce dernier est passible d'une amende, que l'avis parvienne ou non à la Commission dans les sept jours suivant l'accident.

Les employeurs soumettent habituellement un formulaire n° 0007 <<Avis d'accident de travail et de maladie professionnelle (employeur)>> dûment rempli. Toutefois, une transmission par télécopieur ou une lettre livrée en personne ou par courrier, régulier ou électronique, peut être acceptée si elle renferme tous les renseignements stipulés dans le paragraphe 121 (1) de la Loi et qu'elle soit lisible.

Les renseignements reçus par téléphone ne suffisent pas à établir que l'employeur s'est conformé à son obligation dans les trois jours stipulés.

Tout employeur qui remplit rapidement son obligation évite de se voir imputer une amende pour chaque manquement (s'applique avec ou sans interruption de travail) :

- 100 \$ pour chaque retard en 1990;
- 150 \$ pour chaque retard en 1991;
- 250 \$ pour chaque retard en 1992.

SOURCES DE PAIEMENTS EXCÉDENTAIRES

Un paiement excédentaire peut être versé dans le cadre d'un dossier de plusieurs façons. Un travailleur peut retourner travailler sans que la CAT en soit avertie, ce qui signifie qu'il continue de toucher des indemnités.

EXONÉRATION DES AMENDES

L'employeur peut se voir partiellement exonérer d'une amende parce qu'il connaît mal son obligation de déclarer sa masse salariale et de payer ses cotisations, si la Loi prévoit une telle exonération. Cependant, aucune exonération totale ne sera accordée pour cette raison.

ÉCHELONNAGE DES PAIEMENTS

L'employeur peut bénéficier d'un régime de paiements échelonnés (tous les trois mois pendant un maximum de trois ans) pour une amende importante en autant que les intérêts financiers de la CAT sont protégés et que l'employeur est en règle avec elle, si :

- l'amende constitue pour l'employeur une dure épreuve financière;
- des mesures ont déjà été prises pour améliorer les paiements et les pratiques de l'employeur relativement à la santé et la sécurité au travail;
- l'employeur est solvable.

MÉTHODE DE RECouvreMENT

La Commission s'efforce le plus possible de recouvrer les paiements excédentaires sans occasionner trop de difficultés aux travailleurs. Malgré cet effort, certains paiements excédentaires ne sont pas recouverts.

Habituellement, la Commission tente initialement de recouvrer le paiement excédentaire une fois que le travailleur est retourné travailler. Un agent de la Commission peut, selon le montant en question, contacter le travailleur jusqu'à quatre fois, par téléphone, par écrit ou en personne. La Commission fait tous les efforts possibles pour mettre au point un régime de remboursement juste et équitable.

Si les contacts ne donnent pas les résultats voulus et si aucun régime de remboursement n'est acceptable par les deux parties, la Commission avise le travailleur par courrier recommandé que le paiement excédentaire sera déduit de toute indemnité à laquelle il pourrait avoir droit dans le cadre d'une nouvelle demande ou d'une demande subséquente. Le nouveau S.I.I.T. permet en effet à la Commission de repérer les paiements excédentaires en souffrance et de les recouvrer automatiquement. Lorsque le S.I.I.T. identifie un paiement excédentaire en souffrance, l'agent d'indemnisation le programme de façon qu'il déduise automatiquement :

- i) le plein montant du paiement excédentaire d'un montant forfaitaire;
- ii) 20 % des indemnités du travailleur (invalidité temporaire, pension ou supplément de pension) jusqu'à ce que le plein montant du paiement excédentaire ait été recouvert.

Obligations des employeurs : Déclaration de la masse salariale et amendes

Comme il est indiqué dans le Bulletin des politiques de mars 1989 (Vol. 2, n° 1), certaines règles concernant l'obligation pour les employeurs de déclarer leur masse salariale ainsi que les amendes qui découlent d'un manquement à cette règle seront différentes à compter du 1^{er} janvier 1990. Les 5 principales obligations des employeurs relativement à la déclaration de leur masse salariale et les amendes qui peuvent en découler sont les suivantes :

INSCRIRE UNE NOUVELLE ENTREPRISE DÈS QUE LE PRE- MIER TRAVAILLEUR EST EMBAUCHÉ

Pour inscrire son entreprise, un nouvel employeur doit :

1. contacter la CAT dans les 30 jours qui suivent l'embauchage de son premier travailleur;

2. soumettre une déclaration écrite de sa masse salariale à la CAT dans les 45 jours qui suivent l'envoi de la déclaration à l'employeur.

L'employeur qui s'inscrit à temps évite de payer :

- une amende correspondant à 5 pour cent de la cotisation, calculée à partir de la date d'embauche du premier travailleur;
- un intérêt correspondant au taux fixé par la Banque du Canada plus 2 pour cent sur le montant de cette cotisation;
- le coût total des accidents ayant entraîné une interruption de travail et qui sont survenus avant qu'il ait rempli les deux conditions de l'inscription.

DÉCLARER LA MASSE SALARIALE À TEMPS CHAQUE ANNÉE

À la fin de décembre ou au début de janvier, la CAT envoie une déclaration de la masse salariale à tous les employeurs inscrits. Les employeurs doivent soumettre leur déclaration de la masse salariale dûment remplie à la CAT au plus tard le 15 mars (le 30 mars pour les agriculteurs).

L'employeur qui soumet sa déclaration dûment remplie à la date prévue évite de payer :

- une amende de 5 pour cent pour déclaration en retard, si elle est reçue après le 15 mars mais avant la date de la cotisation annuelle provisoire; ou

- une amende de 10 pour cent pour non déclaration de la masse salariale, si la déclaration est reçue après la date de la cotisation annuelle provisoire

(habituellement au cours du 3^e trimestre);

- le coût total des accidents qui ont entraîné une interruption de travail et qui sont survenus entre la date d'échéance de la déclaration et la date à laquelle la Commission a reçu cette déclaration.

FAIRE UNE DÉCLARATION EX- ACTE DE LA MASSE SALARIALE

L'employeur peut réviser son estimation de la masse salariale au cours de l'année. La CAT recommande aux employeurs qui payent leur cotisation en un montant forfaitaire ou par versements de réviser leur estimation de la masse salariale tous les trois mois et de lui soumettre cette révision si la nouvelle estimation dépasse de 25 pour cent ou plus l'estimation antérieure. Ceci ne s'applique pas aux employeurs qui participent au projet pilote concernant l'auto-estimation de leurs cotisations mensuelles et qui déclarent leur masse salariale réelle à la Commission tous les mois.

Toutefois, dans la masse salariale

déclarée et dans la classification de l'industrie sera rajustée rétroactivement sur une période maximale de six ans ou à compter de la dernière année ayant fait l'objet d'une vérification par la Commission. Toute sous-estimation volontaire ou mauvaise répartition de la masse salariale entre les groupes de taux entraîne une amende correspondant à 100 pour cent de la différence entre la cotisation perçue chaque année et celle qui aurait dû l'être. L'expression << sous-estimation volontaire >> s'entend de toute sous-estimation ou mauvaise répartition de la masse salariale entre les groupes de taux dépit d'instructions écrites fournies par la CAT relativement à la préparation adéquate de la déclaration.

RÉGLER LES COTISATIONS À TEMPS

Lorsqu'elle reçoit la déclaration de la masse salariale d'un employeur, la CAT établit une cotisation et la fait parvenir à l'employeur. L'employeur qui verse ses cotisations à la date d'échéance évite :

- de payer des frais de service correspondant à 5 pour cent du montant dû;
- de payer un intérêt composé de 1,5 pour cent par mois tant que le défaut de paiement persiste;
- d'être tenu responsable du coût total des accidents entraînant une interruption de travail qui survient pendant la durée du retard, si la cotisation demeure impayée pendant 120 jours ou plus.

DÉCLARER LES ACCIDENTS RAPIDEMENT

Le paragraphe 121 (1) de la Loi sur les accidents du travail stipule que l'employeur doit aviser la Commission par écrit de tout accident, dans les trois jours qui suivent le moment où il apprend qu'un accident est survenu.



Le paiement des pensions hors du Canada

Le 8 mai 1989, une nouvelle politique a été approuvée relative au paiement des pensions aux personnes ne résidant plus au Canada. Auparavant, les bénéficiaires d'une pension qui ne résidaient pas dans un pays membre de l'Organisation des Nations Unies recevaient leurs indemnités d'une façon différente des autres pensionnés. Plutôt que de les poster à l'adresse du destinataire, les pensions étaient envoyées à l'ambassade canadienne ou britannique de ces pays et les pensionnés devaient venir les prendre. De plus, ces pensions n'étaient envoyées qu'une ou deux fois par année au lieu de tous les mois.

La politique précédente a été approuvée en 1955, en raison de l'atmosphère de «>guerre froide>» qui régnait à l'époque. En envoyant les indemnités aux ambassades, la Commission s'assurait que les États ne les confisqueraient pas. De plus, la Commission s'assurait que les versements seraient remis à la

NOUVELLE POLITIQUE

bonne personne puisque les ambassades exigeaient la présentation de pièces d'identité pour remettre les chèques. Depuis quelques années, cette pratique est devenue problématique dans certains cas et la Commission estime qu'elle n'est plus nécessaire.

<<Le versement des pensions aux personnes qui résident hors du Canada sera effectué de la même manière que si elles résidaient encore au Canada, bien qu'il soit possible de faire des exceptions en ce qui a trait à la fréquence des versements et à l'adresse postale.>>

D'après la nouvelle politique de la Commission, les pensionnés qui ne résident plus au Canada recevront leur versement de pension de la même manière que s'ils résidaient

Accords internationaux de réciprocité

La Commission des accidents du travail maintient des accords de réciprocité avec ses homologues en Italie, en Grèce et au Portugal.

ITALIE - <<INAIL>> (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro)
PORTUGAL - <<CNSDP>> (Caixa Nacional de Seguros de Doencas Profissionais)
GRÈCE - <<MSSG>> (Ministry of Social Services Greece)

- Ces accords de réciprocité fournissent un mécanisme pour :
- réévaluer le degré d'invalidité partielle permanente d'un travailleur;
- payer les soins médicaux d'un travailleur dans le lieu où il réside;
- inscrire les demandes relatives à une exposition quelconque au travail susceptible d'avoir causé une maladie professionnelle.

Les dispositions des accords avec l'INAIL, le CNSDP et le MSSG s'appliquent aux travailleurs de l'Italie, du Portugal et de la Grèce qui ont droit à une pension d'invalidité permanente soit de l'INAIL, du CNSDP, du MSSG ou de la Commission des accidents du travail de l'Ontario. Ces accords permettent l'évaluation ou la réévaluation d'une invalidité clinique résiduelle qui affecte un travailleur et les conditions relatives à une invalidité reconnue. Ils s'appliquent lorsqu'un résident de l'Ontario déménage hors du pays ou qu'une personne d'une autre juridiction déménage en Ontario. Dans chaque cas, les services reliés à leur pension sans devoir retourner chez eux.

La nouvelle politique s'applique à tous les chèques de pension des travailleurs résidant hors du Canada qui ont été émis à partir du 1^{er} septembre 1989. Les pensionnés touchés par ces changements recevront une lettre décrivant la nouvelle approche et les informations de l'option qu'ils ont de prendre des dispositions différentes s'ils sont préoccupés par la sécurité ou la fréquence des versements. 88
Procès-verbal n° 3, 8 mai 1989, page 74

Date d'entrée en vigueur

encore au Canada. On peut faire des exceptions quant à la fréquence des versements et à l'adresse postale si la personne qui reçoit une pension estime que cette méthode n'est pas sécuritaire, ou si les paiements mensuels sont problématique en termes d'échange des devises ou d'exigences bancaires. Dans ces cas, la Commission, à la demande du travailleur, effectuera moins de versements ou postera ceux-ci à l'ambassade, au consulat ou au chargé d'affaire diplomatique du Canada.



POLICY REPORT

DISCLOSURE OF MEDICAL
INFORMATION

The Board recently reviewed issues concerning the

- inadvertent disclosure of "harmful medical information" and
- method of disclosing "significant medical information", discovered by Board doctors during medical examinations, to injured workers.

The review resulted in a clarification of pertinent policies and guidelines.

Harmful Medical Information

If there is an issue in dispute, injured workers (and/or their appointed representatives) may have access to their claim files. However, s.77(2) of the Act protects workers from inadvertently learning of medical information concerning work-related or non work-related conditions about which they may have no prior knowledge and which may be potentially harmful.

Where the file or a record respecting the claim, in the opinion of the Board, contains medical or other information that would be harmful to the worker, if given to the worker, the Board shall provide copies of such medical information to the worker's treating physician instead of the worker or the worker's representative and advise the worker or the representative that it has done so.

Currently, the Board's Access Specialists are responsible for ensuring that potentially harmful information is identified and removed from the worker's file prior to the release of the file to the worker. However,

access requests have increased and responding quickly, while complying with the legislation safeguarding the worker, is a concern. Therefore, on January 1, 1990, adjudicators and other decision-making staff will share the responsibility of flagging potentially harmful medical information contained in medical reports and documents they receive. This will allow Access Specialists, who continue to be responsible for making the final determination as to what is harmful, to review the files more quickly and forward such information to the injured worker's treating physician.

To clarify what is harmful information the following guidelines exist for the decision-makers:

Consideration for

- the nature and seriousness of the condition
- the worker's awareness of the condition
- the potential effect of the disclosure on the worker's recovery from the work related injury or on the worker's mental health.

Potentially harmful medical information would include terminal illnesses, AIDS, Cancer, references to communicable diseases, such as Herpes, or references suggesting a hopeless prognosis, etc.

Significant Medical Information

There are occurrences, although rare, when Board physicians discover "significant medical information" related to compensable conditions or otherwise while conducting routine medical examinations of injured workers.

The review of existing Board practice regarding disclosure of such information was done so in light of s.42(h) of the *Freedom of Information and Protection of Privacy Act* (FIPPA).

An institution shall not disclose personal information in its custody or under its control except...in compelling circumstances affecting the health and safety (of) an individual...

The Board's practice has been clarified by a new policy, effective October 1, 1989.

Any Board physician who discovers significant medical information about a worker will ensure that it is brought to the worker's attention by disclosing the information to the worker's treating physician and advising the worker to consult with the treating physician.

The Board will pay for workers' follow up appointments with their treating physicians if the medical information disclosed relates to a compensable condition. Treating physicians or the Board will refer costs of appointments related to the disclosure of non-compensable conditions to OHIP. ☐

INSIDE Policy Report ...

Disclosure of Medical Information	1
Calculating Supplementary Awards	2
Bill 162 Consultation Evolves	3
Forest Firefighters	3
Policy Publications 1989 Review	4

CALCULATING SUPPLEMENTARY AWARDS

The Board reviewed the practice of including other sources of income along with earnings from employment in the calculation of supplements. It was determined that income such as early retirement pensions, long term disability pensions, UIC benefits, and supplementary unemployment benefits, etc. could not be included in these calculations. The new practice applies to all calculations of supplements arising out of new periods of entitlement commencing on or after August 15, 1989.

Supplements

Workers who are in receipt of permanent disability pensions may receive supplements to assist them during a period of rehabilitation, and help them adjust to reduced earnings.

Legislative Background

In the pre-1985 Act, supplement calculations were governed by s.43(5)

"...the total sum of such supplement and award shall not exceed in any case the like proportion of 75 per cent of his average earnings... preceding the accident..."

From 1985 to July of '89, pursuant to s.45(5), the method for calculating supplements was governed by s.45(6).

"...the Board shall have regard to the difference between the net average earnings of the worker before the accident and the net average earnings after the accident and the compensation shall be...90 per cent of the difference..."

Bill 162 made s.45(5) "cease to apply" but the general approach applies to supplements under the transitional sections of Bill 162 (s.135).

Calculation of Supplements

Board practice, prior to August 15, 1989 (the date the new definition of earnings became effective), was to include as part of post-accident net average earnings, income such as other pensions and unemployment benefits.

The effect of including these other sources of income as earnings resulted in smaller supplements.

Supplements are calculated (under s.45(6)) by comparing:

monthly (escalated)*
pre-accident net average earnings
to
monthly post-accident net average earnings

From the resulting total the worker's monthly WCB pension payment and CPP benefits are deducted, arriving at the worker's monthly supplement. The following chart exemplifies the difference in the calculation of supplements using the old and the new definition of earnings.⊠

CALCULATION OF TEMPORARY SUPPLEMENTS

	New Method	Old Method
A. Monthly (escalated)* pre-accident net average earnings	\$1000	\$1000
LESS		
B. Post-accident net average earnings	\$ 100	\$ 100
	Plus Early Retirement Pension, etc	\$ 100
C. 90% of (A - B)**	\$ 810	\$ 720
LESS		
D. WCB Monthly Pension	\$ 100	\$ 100
Plus Canada Pension Plan	\$ 100	\$ 100
MONTHLY TEMPORARY SUPPLEMENT	\$ 610	\$ 520

* Pre-accident earnings are escalated yearly, based on the Consumer Price Index for Canada.

** Based on an accident occurring on or after April 1, 1985. Prior to April 1, 1985, 75% of the difference between pre- & post-accident gross earnings is calculated.

BILL 162 CONSULTATION EVOLVES

On November 10, 1989, the Board of Directors approved proposals relating to consultation for policies and regulations for the implementation of Bill 162.

Two bi-partite Working Committees, have been established and will provide advice on,

- 1) proposals for the Reinstatement Regulation for the construction industry and
- 2) proposals for Bill 162 policies and regulations.

Advice from the Bill 162 policies and regulations committee will supplement the submissions received from stakeholders in response to discussion papers circulated in September. (See September 1989, **Policy Report**)

The mandate of this committee will be carried out in two phases.

Phase 1 will review Board-developed interim policy proposals covering definitions of "essential duties", "regularly employed", "alternative employment", and "suitable" for the purposes of reinstatement; and, the integration of Canada Pension Plan and Quebec Pension Plan payments with workers' compensation benefits.

Phase 2 will review Board-developed regulation proposals pertaining to the above mentioned issues as well as "suitable" and "available" in s.45a, and criteria for determining average earnings of apprentices, learners and students.

Following each of the 2 phases, a report on the work of the Bill 162 Working Committee will proceed to the Board of Directors along with policy and regulations proposals (as applicable) from the Board's administrators. The Phase 1 report is scheduled for the January 1990 Board of Directors meeting.

FOREST FIREFIGHTERS

In 1987 Ontario lost 75,582 hectares (approximately 186,763 acres) of forest in 1,923 fires. These fires were fought by firefighters employed by the Ministry of Natural Resources and by other workers called in by the Ministry to assist.

Forest firefighters are covered under s.1(1)(z)(iv) and 1(2) of the Workers' Compensation Act:

Any person who is summoned to fight forest fires by an authority and is injured while doing so, is considered to be a worker of that authority and not of his/her regular employer.

Who is considered to be an authority? By extension, does this authority bear the costs of the claim? What part, if any, is played by the regular employer? What earnings are used in these situations? The Board reviewed these issues, and a Legislation Clarification Memorandum has been approved.

Definitions

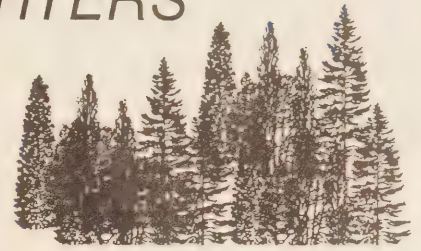
FFPA: The Forest Fire Protection Act.

Authority: The Minister of Natural Resources, the Ministry of Natural Resources (MNR), fire wardens or special officers appointed by the Minister.

Summons: A call to fight forest fires by an authority. The summons may be explicit, i.e., a direct command or instruction. Alternatively, the summons may be implicit or indirect.

Examples of implicit or indirect summonses include employees of logging companies,

- responding to forest fires in accordance with agreements between the logging companies and the MNR, and
- responding to a forest fire of their own accord without MNR involvement, which actions are deemed to be pursuant to a MNR summons.



Responsibilities/Costs

Any person summoned by the MNR is considered a worker of the MNR for compensation purposes while continuing on the regular employer's payroll. As such, all accident costs relating to forest firefighting are borne by the MNR.

Earnings

A person summoned by the MNR to fight forest fires becomes an employee of the MNR, but in the event of an accident the compensation rate is based on earnings with the regular employer.

The compensation rate for unemployed persons summoned by the MNR and injured while forest firefighting is based on the MNR's rate for its Unit Crewmember Resource Technician 1. The MNR rate for 1989 is \$540 per week.

Adjudication of Forest Firefighters Claims

Claims for workers injured while forest firefighting on or after September 12, 1989 are covered by the Legislation Clarification Memorandum.

Claims adjudicators can always presume that someone involved in fighting forest fires did so as though summoned by the MNR. However, the MNR may rebut the presumption by showing that the FFPA does not apply to the situation. ☐

POLICY PUBLICATIONS – 1989 REVIEW

The Operational Policy Manual

In late November and early December, the second batch of documents for the new Operational Policy manual was printed and distributed, bringing the number of published documents to 146. By year end, the remaining documents are scheduled to be in the printing phase.

For those readers not familiar with the Operational Policy manual, it contains documents addressing the information requirements of both WCB personnel and the Board's clients:

- The WCB (organization & services)
- Making a Claim
- Work Related Accidents and Disabilities
- Occupational Diseases
- Wage Loss Benefits
- Billings/Reimbursements/Payments
- Vocational Rehabilitation
- Employer Information
- Appeals

The Operational Policy manual will be available in both official languages in 1990. The Board's French Translation Services team in Sudbury is currently translating the documents as they are approved.

Subscribers To Date

Since initial publication, 75 copies of the new manual have been purchased. Internal and external subscribers now number 1850. Billings for 1990 subscription services were mailed (with return addressed envelopes) in mid November and over 23% of our subscribers have responded.

Policy Report

Policy Report has now been published for 2 years. The number of subscribers (internal and external) has increased to 5700.

In response to the Board's initiatives to provide bilingual services by the effective date of the *French Language Services Act*, November 19, 1989, Policy Publications published its first bilingual edition (Vol. 2, No. 4) in September 1989.

In the New Year Policy Publications will be conducting a user satisfaction telephone survey, which will cover a percentage of both internal and external subscribers. Our readers' comments are invited.

From the staff of Policy Publications, Training & Information Services, and the Operational Policy Branch, we wish our readers a healthy, happy, and prosperous New Year!



ATTENTION SUBSCRIBERS TO POLICY REPORT

To ensure you receive each issue, and to keep our mailing costs down, we need to keep our distribution system up-to-date. Please submit any changes in your mailing address to:

Usha Kapoor,
Manuals Distribution Specialist,
Policy Publications – Training and
Information Branch,
Workers' Compensation Board,
22nd Floor,
2 Bloor Street East,
Toronto, Ontario,
M4W 3C3

(416) 927-4941

Subscriptions to *Policy Report*
are free on request to this
address.

-POLICY REPORT-

Policy Report is published under the authority and direction of the Policy and Program Development Department of the Workers' Compensation Board. If there is any conflict between the statements contained in this publication and the *Worker's Compensation Act* and/or the Board approved policy documents, the *Act* or the approved document governs.

Comments or inquiries should be addressed to:

Jean d'Agenais, Editor,
Policy Report,
Policy and Program
Development Department,
Workers' Compensation Board,
22nd Floor,
2 Bloor Street East,
Toronto, Ontario, M4W 3C3.

Graphic Production:
Graphics,
Office Services.

PUBLICATION DES POLITIQUES REVUE DE L'ANNÉE 1989

Le manuel des politiques administratives

La deuxième tranche du nouveau manuel des politiques administratives a été imprimée et distribuée à la fin de novembre et au début de décembre, ce qui porte le nombre de documents publiés à ce jour à 146. Le reste des documents devrait être à l'étape de l'impression à la fin de l'année. Le manuel des politiques administratives, pour ceux dont le contenu du manuel ne serait pas familier, comprend tous les renseignements nécessaires au personnel de la CAT et à ses clients : CAT (organisation & services); demandes d'indemnités; accidents et maladies reliés au travail; maladies professionnelles; indemnités pour perte de salaire; facturation/remboursement/paie-ment; réadaptation professionnelle; renseignements aux employeurs; contestations.

Le manuel des politiques administratives sera disponible dans les deux langues officielles en 1990. L'équipe du Service de traduction de Sudbury traduit actuellement les documents au fur et à mesure qu'ils sont approuvés.

Nombre d'abonnés

Depuis la publication initiale, 75 exemplaires du nouveau manuel ont été vendus. On compte maintenant 1850 abonnés à l'intérieur et à l'extérieur de la Commission. Les factures pour les mises à jour ont été envoyées (avec des enveloppes-réponses) à la mi-novembre et plus de 23 % de nos abonnés ont répondu.

Le Bulletin des politiques

Le Bulletin des politiques est publié depuis deux ans et compte maintenant 5 700 abonnés (à l'intérieur et à l'extérieur de la Commission). Conformément à la décision de la Commission de fournir des services dans les deux langues officielles à partir de la date d'entrée en vigueur de la Loi de 1986 sur les services en français, le 19 novembre 1989, le Bulletin des politiques a paru dans les deux langues pour la première fois en septembre 1989 (Vol. 2, N° 4). Le Service de publication des politiques mènera, au cours de la nouvelle année, un sondage téléphonique auprès d'un certain nombre d'abonnés à l'intérieur et à l'extérieur de la Commission. Nous encourageons nos lecteurs à nous faire part de leurs commentaires.

Le personnel du Service de publication des politiques, Direction de la formation et de l'information, et de la Direction des politiques administratives désire vous souhaiter, pour la nouvelle année, la santé, le bonheur et la prospérité!



Avis aux abonnés du Bulletin des politiques

Pour nous assurer que vous recevez bien chaque exemplaire et pour réduire nos coûts d'envoi, nous désirons garder notre système de distribution à jour. Veuillez communiquer tout changement d'adresse postale à :

Usha Kapoor,
Responsable de la distribution des manuels
Publications des politiques –
Direction de la formation et
de l'information
Commission des accidents du
travail

22^e étage
2, rue Bloor est
Toronto (Ontario)
M4W 3C3
(416) 927-4941

L'abonnement au Bulletin des politiques est gratuit sur demande à l'adresse susmentionnée.

BULLETIN DES POLITIQUES

Le Bulletin des politiques est publié sous l'autorité et la direction du Service de l'élaboration des politiques et des programmes de la Commission des accidents du travail. S'il y a contradiction entre les déclarations contenues dans cette publication et la Loi sur les accidents du travail et/ou les politiques approuvées de la Commission, c'est à la Loi ou aux documents approuvés qu'il faut se référer.

Veuillez adresser vos questions ou commentaires à :

Jean d'Agénais, directrice,
Bulletin des politiques
Service de l'élaboration des politiques
et des programmes
Commission des accidents du travail
22^e étage
2, rue Bloor est
Toronto (Ontario)
M4W 3C3

Production graphique :
personnel de bureau

Le 10 novembre 1989, le conseil d'administration a approuvé des propositions de consultations

relativement aux politiques et aux règlements qui serviront à la mise en application de la Loi 162. Deux comités de travail bipartites ont été créés pour étudier :

(1) les propositions relatives au règlement sur le réembauchage dans l'industrie de la construc-

tion;

(2) les propositions relatives aux politiques et règlements sur la

Loi 162.

Les recommandations du comité

de travail sur les politiques et règlements relatifs à la Loi 162 s'ajouteront aux propositions

faites par les personnes intéressées en réponse aux documents de discussion distribués en

septembre. (Voir le Bulletin des politiques de septembre 1989)

Le mandat de ce comité com- porte deux étapes. Au cours de la première étape, le comité

étudiera les politiques provisoires proposées par la Commission

relativement à la définition des expressions «*travaux essen-*

tiels», «*régulièrement em- ployé*», «*autre emploi*» et «*approprié*» en ce qui con-

cerne le réembauchage; et l'intégration des prestations du Régime de pensions du Canada

et du Régime de rentes du Québec aux indemnités des

travailleurs. La deuxième étape consistera, pour le comité, à étudier les

propositions de règlements rela- bérés par la Commission relative- ment aux questions susmen-

tionnées ainsi qu'aux termes «*approprié*» et «*disponible*» mentionnés à l'article 45a, et les

gains moyens des apprentis, des stagiaires et des étudiants.

À la fin de chacune de ces étapes, le comité de travail sur la Loi 162 soumettra un rapport au

conseil d'administration, lequel recevra également les politiques

et les règlements (selon le cas) proposés par les administrateurs

de la CAT. Le rapport sur la première étape de l'étude doit être présenté au conseil d'ad-

ministration au cours de la réu- nion de janvier 1990.

POMPIER FORESTIER

En 1987, l'Ontario a perdu 75,582

hectares (environ 186,763 acres) de forêt au cours de 1 923 incendies.

Ces incendies ont été combattus par des pompiers à l'emploi du minis- tère des Richesses naturelles et par d'autres travailleurs à qui le minis-

tère avait demandé de fournir de l'aide. Les pompiers forestiers sont

couverts par les paragraphes 1 (1) et 1 (2) de la Loi sur les accidents

du travail :

La personne à qui une autorité compétente ordonne d'aider à

matriser ou à éteindre un in- cendie, et qui se blesse en le

travaillant, est considérée être un

travailleur de cette autorité et non de son employeur habituel.

Qui est considéré comme une

autorité? Est-ce que cette autorité

assume les coûts d'une demande

d'indemnisation? L'employeur

habituel assume-t-il une part de

cette responsabilité? Quels gains

sont utilisés dans ces situations? La

Commission s'est penchée sur ces

questions et a approuvé une Note

de service portant clarification de certains dispositions législatives à cet égard.

Définitions

LPIF : Loi sur la prévention des incendies de forêt.

Autorité : Le ministre des Richesses naturelles, le ministère des Richesses naturelles (MRN), les guetteurs d'incendie ou les officiers spéciaux nommés par le ministre.

Ordre : Un appel fait par une

autorité à combattre les incendies

de forêt. Il peut s'agir d'un

ordre explicite, c'est-à-dire d'un

ordre ou d'une instruction directe, ou d'un ordre implicite ou indirect.

Par ordre implicite ou indirect, on entend, par exemple, les em- ployés d'entreprises forestières,

• qui répondent à un appel, en cas d'incendies de forêt, en vertu d'ententes entre les entreprises forestières et le MRN;

Gains

Une personne à qui le MRN a

ordonné de combattre un incendie

de forêt devient un employé du

MRN mais, en cas d'accident, son

taux d'indemnisation sera basé sur

les gains provenant de son emploi

habituel. Le taux d'indemnisation des per-

sonnes sans emploi à qui le MRN a

ordonné d'agir et qui sont blessées

en combattant un incendie de forêt

est basé sur le taux du MRN pour

un technicien des ressources I

(équiper d'une équipe de lutte

contre les incendies). Le taux du MRN pour 1989 est de 540 \$ par semaine.

Responsabilités/coûts

Toute personne à qui le MRN a

ordonné d'agir est considérée

comme un travailleur du MRN aux

fins d'indemnisation tout en

demeurant sur la liste de paie de

son employeur habituel. Par

conséquent, tous les coûts d'acci-

dents reliés au fait de combattre un

incendie de forêt sont assumés par

le MRN.

• qui répondent à un appel, en cas d'incendies de forêt, de leur propre chef sans que le

MRN soit impliqué et que ces

actes sont conformes à un

ordre du MRN.

Les demandes des travailleurs

blessés en combattant des incendies

de forêt soumises le 12 septembre

1989 ou après cette date sont

traitées en fonction des dispositions

de la Note de service portant clari- fication de certaines dispositions législatives.

Les agents d'indemnisation peuvent

toujours présumer qu'une personne

qui combat un incendie de forêt le

fait comme si le MRN lui en avait

donné l'ordre. Cependant, le

MRN peut refuser la présomption

en démontrant que la LPIF ne

s'applique pas à la situation. 88

CALCUL DES SUPPLÉMENTS

La Commission ne tient plus compte des sources de revenu autres que les gains provenant d'un emploi dans le calcul des suppléments. Il a en effet été déterminé qu'il n'y avait pas lieu d'inclure dans ce calcul les revenus provenant d'une retraite anticipée, d'une pension d'invalidité prolongée, de prestations d'assurance-chômage, de prestations supplémentaires d'assurance-chômage, etc. Cette nouvelle pratique s'applique à tous les suppléments calculés pour les nouvelles périodes d'indemnisation commençant le 15 août 1989 ou après cette date.

Suppléments

Les travailleurs qui reçoivent une pension d'invalidité permanente peuvent être admissibles à un supplément durant une période de réadaptation lorsqu'ils reçoivent des gains moins élevés.

Justification législative

Avant l'entrée en vigueur de la nouvelle loi en 1985, le calcul des suppléments était basé sur les dispositions prévues au paragraphe 43 (5) :

<<le montant total de ce supplément et de l'indemnité ne dépasse pas la même proportion de 75 pour cent de ses gains hebdomadaires moyens... qui précèdent l'accident>>

De 1985 à juillet 1989, en vertu du paragraphe 45 (5), les suppléments étaient calculés conformément au paragraphe 45 (6).

<<la Commission tient compte de la différence qui existe entre les gains moyens nets du travailleur avant l'accident et ceux qu'il touche après l'accident. L'indemnité prend la forme d'un versement équivalent à 90 pour cent de cette différence...>>

Depuis la Loi 162, le paragraphe 45 (5) a <<cessé de s'appliquer>> mais ses dispositions générales relatives aux suppléments ont été reprises dans les articles provisoires de la Loi 162 (article 135).

Calcul des suppléments

La pratique de la Commission, avant le 15 août 1989 (date à laquelle la nouvelle définition du terme gains est entrée en vigueur)

était d'inclure dans les gains moyens nets du travailleur après l'accident des revenus tels que les autres pensions et les prestations d'assurance-chômage de ce dernier. Le fait de considérer ces sources de revenu comme des gains résultait en des suppléments moins élevés.

Les suppléments sont calculés (en vertu du paragraphe 45 (6)) en comparant :

les gains moyens nets mensuels d'avant l'accident (ajustés) * aux gains moyens nets mensuels d'après l'accident.

Du total, on soustrait la pension mensuelle de la CAT et les prestations du Régime de pensions du Canada, ce qui donne le supplément mensuel du travailleur. Le tableau suivant montre la différence qui existe entre le calcul des suppléments selon l'ancienne ou la nouvelle définition du terme gains. ☐

CALCUL DES SUPPLÉMENTS TEMPORAIRES

Nouvelle méthode Ancienne méthode

A. Gains moyens nets mensuels d'avant l'accident (ajustés) * 1 000 \$

B. Gains moyens nets d'après l'accident 100 \$

MOINS

Plus Pension de retraite anticipée, etc 100 \$

C. 90 % de (A - B) ** 810 \$

D. Pension mensuelle de la CAT 100 \$

Plus Prestations du Régime de pensions du Canada 100 \$

SUPPLÉMENT MENSUEL TEMPORAIRE 610 \$

100 \$ 520 \$

* Les gains d'avant l'accident sont indexés chaque année, en fonction de l'indice des prix à la consommation du Canada.

** Basé sur un accident survenu le 1er avril 1985 ou après cette date.

Avant le 1er avril 1985, le calcul était basé sur 75 % de la différence entre les gains moyens bruts d'avant et d'après l'accident.



Renseignements médicaux significatifs

Il arrive parfois, quoique plutôt rarement, qu'un médecin de la Commission découvre un <<renseignement médical significatif>>, relié ou non à l'état indémnisable, en faisant subir un examen médical de routine à un travailleur blessé. La révision de la pratique actuelle de la Commission relativement à la divulgation de ces renseignements a été faite à la lumière du paragraphe 42 (h) de la Loi de 1987 sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée.

Une institution ne doit pas divulguer les renseignements personnels dont elle a la garde ou le contrôle, sauf... lors d'une situation d'urgence ayant une incidence sur la santé ou la sécurité d'un particulier...

La pratique de la Commission a été clarifiée par une nouvelle politique, entrée en vigueur le 1^{er} octobre 1989.

Un médecin de la Commission qui découvre un renseignement médical significatif relativement à un travailleur doit s'assurer que ce renseignement sera communiqué au travailleur en divul-gant ce renseignement au médecin traitant du travailleur et en consultant son médecin traitant.

La Commission assumera les frais des rendez-vous médicaux suivants du travailleur avec son médecin traitant si les renseignements médicaux divulgués sont reliés à l'état indémnisable ou la Com-mission transmettront les factures des rendez-vous médicaux reliés à la divulgation d'un état non indem-nisable au Régime d'assurance - santé de l'Ontario. ☐

DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

La Commission a récemment étudié les questions relatives à :

- la divulgation par inadvertance de <<renseignements médicaux préjudiciables>> aux travailleurs blessés;

- la méthode servant à divulguer, aux travailleurs blessés, <<des renseignements médicaux significatifs>> découverts par les médecins de la Commission au cours d'examen médicaux.

Cette étude a entraîné la clarification des politiques et des directives ayant trait à ces questions.

Renseignements médicaux préjudiciables

En cas de litige, les travailleurs blessés (et/ou leurs représentants) peuvent avoir accès à leurs dossiers. Cependant, le paragraphe 77 (2) de la Loi protège les travailleurs contre la possibilité d'apprendre par inadvertance l'existence de renseignements médicaux concernant un état relié ou non au travail au sujet duquel ils ne savaient rien et qui pourraient leur être préjudiciables.

Si, de l'avis de la Commission, le dossier relatif à la demande comprend des renseignements médicaux ou autres qui seraient préjudiciables au travailleur, s'ils lui étaient donnés, la Commission fournit des copies des renseignements médicaux au travailleur au médecin traitant du travailleur au lieu du travailleur ou de son représentant, et avise ces derniers de la mesure qu'elle a prise.

Présentement, les spécialistes de l'accès aux dossiers de la

- la nature et la gravité de l'état;
- le fait que le travailleur soit ou non au courant de cet état;
- l'effet potentiel de la divulgation sur le rétablissement du travailleur ou sur son état psychologique.

Commission sont chargés de s'assurer que les renseignements potentiels et enlevés du dossier du travailleur avant qu'il y ait accès. Cependant, les demandes d'accès au dossier ont augmenté et il devient problématique de répondre rapidement à ces demandes tout en respectant les dispositions de la loi qui protègent le travailleur. Par conséquent, à partir du 1^{er} janvier 1990, les agents d'indemnisation et les autres membres du personnel qui prennent des décisions partageront la responsabilité d'identifier les renseignements médicaux susceptibles d'être préjudiciables qui sont contenus dans les rapports médicaux et dans les autres documents qu'ils reçoivent. Le spécialiste de l'accès aux dossiers pourra donc étudier les dossiers plus rapidement, il prendra tout de même la décision finale relativement à ce qui est préjudiciable et à ce qui ne l'est pas, et envoyer ces renseignements au médecin traitant du travailleur.

Les renseignements potentiellement préjudiciables incluent, entre autres, les maladies mortelles, le SIDA, le cancer, des références à une maladie transmissible comme l'hépatite ou à un diagnostic ne laissant aucun espoir, etc.

CA 2 QN
L 90
- P56

POLICY REPORT



Workers'
Compensation
Board

Commission
des accidents
du travail

March 1990
Vol. 3 No. 1

UNFUNDED LIABILITY – IMPROVED OUTLOOK

The Board's most recent long-range forecast, produced in October 1989, projects the retirement of the unfunded liability by the year 2007, seven years earlier than the previous projection made in April 1989. The improved outlook is in part based on assumptions related to:

- maintenance of the reduced injury frequency rates experienced during 1989
- the anticipated impact of the new medical and vocational rehabilitation strategies.

Unfunded Liability

The unfunded liability (estimated at \$7.6 billion in 1989) is the difference between the Board's total existing assets and the present value of the funds required to meet current and future costs of accidents which have already occurred.

The funding ratio (assets divided by liabilities) presently stands at about 42 per cent. When the funding

ratio reaches 100%, *i.e.*, when assets equal liabilities, the unfunded liability will be retired.

The Board's April 1989 long-range forecast projected that this would occur in the year 2014.

The October 1989 forecast takes into account more recent developments, in particular an apparent reduction of almost 6 per cent in the injury frequency rate (*i.e.*, lost-time injuries per 100 man-years) and implementation of the Board's new medical and vocational strategies. Assuming that this improved injury frequency rate can be maintained and that real costs per claim remain stable, the Board's latest forecast now projects retirement of the unfunded liability by the year 2007, *i.e.*, 7 years earlier than previously anticipated.

Decrease in Accident Costs

In the past, injury frequency rates have tended to be closely correlated

with the level of business activity in the Province so that as unemployment rates decline, frequency rates rise, and vice versa. The 1989 reduction in injury frequency was unexpected, in that it occurred at a time when unemployment rates remained quite stable and when injury frequency rates had generally been on an upward trend over the previous 6 years. The reasons for 1989's improvement are still under investigation, however, improved health and safety practices by employers are one possibility.

Funding Strategies

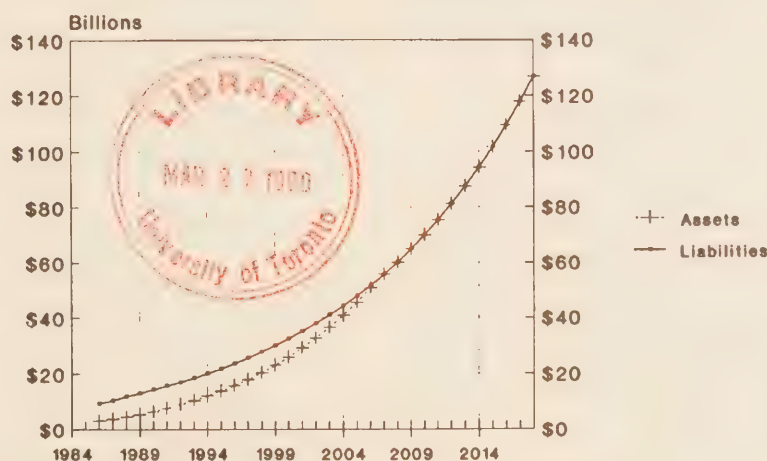
In 1984 the Wyatt Company, commissioned to examine the Board's unfunded liability and make proposals for its elimination, noted that employer assessment rates at that time were inadequate to cover current accident costs.

Recommended was the adoption of a full funding strategy, designed to raise assessment rates to levels adequate to cover the costs of each year's new accidents and to generate a surplus above that amount sufficient to retire the unfunded liability over a specified time-frame. A 30-year timeframe was selected, with the requisite higher assessment rates to be phased in over a three or four year time period. The full funding approach has the advantage of ensuring that accident costs are appropriately allocated to the activities producing them, thereby providing an incentive encouraging employers to improve health and safety.

Section 89 of the *Workers' Compensation Act* requires that the Accident Fund be maintained,

"...so as not unduly or unfairly to burden the employers in any class in future years with payments that are to be made in those years in respect of accidents that have happened previously."

Assets and Liabilities (October) Nominal Dollars



Unfunded Liability Eliminated in 2007

(continued on page 4)

WORKERS TO BE REINSTATED

The majority of Bill 162 came into force on January 2, 1990, and significantly amended the *Workers' Compensation Act* with respect to mandatory reinstatement of injured workers. The Working Committee on Bill 162 Policies/Regulations*, established to provide expert advice and guidance on policy proposals and regulations on issues arising out of Bill 162, assisted in the development of interim policies approved by the Board of Directors on January 5, 1990. Highlights of the interim policies follow.

Entitlement to Reinstatement

Workers who have been employed continuously for one year prior to the injury are entitled to job reinstatement. Work interruptions in the year prior to the injury affect the continuity of employment only if the employer and worker intended to sever the employment relationship.

Which Employers Must Reinstatement?

Employers who regularly employ 20 or more workers are bound by the reinstatement provisions.

Accommodating Injured Workers' Needs

Employers are required to accommodate the work or the workplace to the needs of an injured worker, unless doing so causes undue hardship for the employer.

The Board uses the Ontario Human Rights Commission's *Guidelines for Assessing Accommodation Requirements for Persons With Disabilities* as a guide to determine whether accommodating the worker would cause an employer undue hardship.

When Reinstatement Obligation Begins

When the worker is able to perform the essential duties of the pre-injury employment or is medically able to perform suitable work, the Board provides written notice to the employer and the worker.

The employer's reinstatement obligations begin immediately

upon receipt of the notice which is deemed to have been received seven days after being mailed.

The employer is obligated to reinstate the worker up until,

- two years from the date of injury (the date the worker suffered a disabling impairment),
- or
- one year from notification that the worker is fit to return to pre-injury work

or

- the worker's 65th birthday,
- whichever occurs first.

Essential Duties of Pre-Injury Job

"Essential duties" of a job are those duties necessary to produce the actual job outcome. When the Board determines that the worker can do the essential duties of the pre-injury job, the employer must reinstate the worker in the pre-injury job or alternative employment of a comparable nature and earnings.

Comparable Alternative Job

To assess whether a worker is being reinstated in alternative employment, comparable to the pre-injury employment, the Board compares the following aspects of the two jobs:

- duties performed
- working conditions
- degree of skill, effort, and responsibility

- rights, privileges, and perquisites
- advancement opportunities
- vocational qualifications
- earnings.

(Less than 90% of the pre-injury employment earnings are not considered comparable.)

Suitable Employment

Suitable employment is any job which a worker is medically able and has the necessary skills to perform and which does not pose a health or safety hazard to the worker or co-workers.

The employer must offer an injured worker all suitable jobs that become available while the employer's re-employment obligations are in effect.

Collective Agreements Compared to the Act

The Board compares the re-employment provisions of a collective agreement to those of the Act and whichever accords the worker greater rights prevails. In all cases, however, workers' re-employment rights under the Act are subject to the application of seniority provisions of collective agreements.

Termination Following Reinstatement

Unless the contrary is shown, it is presumed that employers have not complied with their reinstatement obligations if injured workers are terminated within six months of reinstatement.

Policy Exceptions

If policy guidelines do not reasonably apply to a particular case, adjudicators must regard the provisions of the Act and the real merits and justice of the case.

* Working Committee on Bill 162 Policies/Regulations - See Policy Report Vol. 2 No. 6, "Bill 162 Consultation Evolves".

OTHER BILL 162 POLICIES

– CPP and/or QPP

When calculating temporary supplements or temporary total disability benefits under s.40(2), the Board deducts from a worker's gross pre-injury earnings any disability payments the worker may receive for the injury under the Canada Pension Plan and/or the Quebec Pension Plan.

The Board deducts from the deceased worker's gross earnings payments of survivor benefits received under the Canada Pension Plan and/or the Quebec Pension Plan for death caused by injury.

– Employers' contribution to workers' benefits

Under the provisions of Bill 162, employers must maintain contributions for employment benefits (health care, life insurance, registered pension plans) for one year following the date of an injury to a worker if the worker meets the eligibility criteria.

Upon receipt of a complaint the Board will determine whether an employer has met the contributory obligations and, if appropriate, will levy a penalty for non-compliance.

The penalty for non-compliance is the sum of one year's employer contributions to a worker's employment benefits. If the employer promptly corrects the failure to maintain employment benefits, relief up to 50% of the penalty is possible

DECEASED WORKERS' PERSONAL INFORMATION

On January 4, 1990, the Board of Directors approved a policy clarification regarding the release of personal information about deceased workers under the *Workers' Compensation Act* (the Act) and the *Freedom of Information and Protection of Privacy Act* (FIPPA).

The following people may obtain access to the deceased worker's personal information contained in the claim file under s.77 of the Act when there is an issue in dispute regarding entitlement:

- persons who may be entitled to benefits under s.36 of the Act or their authorized representatives; and
- authorized representatives of the deceased worker's estate seeking compensation to which the worker was entitled in his or her lifetime.

Potential recipients of the benefits outlined in s.36 are:

- the surviving spouse (with or without children)
- a dependent child or children where there is no surviving spouse
- dependants, where there is no surviving spouse or dependent children
- a person legally acting as a parent of a deceased worker's children
- a separated spouse to whom the worker would have been obliged to pay support, maintenance, or alimony under a separation agreement or judicial order.

Under FIPPA, the Board may allow access to information about a deceased worker

- to a deceased worker's personal representative when disclosure is related to the administration of the estate [s.66(a)]

[Personal representatives are executors or court-appointed administrators of the deceased worker's estate.]

- when disclosure will fulfill a purpose of the *Workers' Compensation Act* [s.42(c)]
- in compassionate circumstances to facilitate contact with next of kin or friends of the deceased worker to inform them about the worker's death [s.42(i)]
- when the worker has been dead for 30 years or more [s.2(2)].

[Documentation proving the date of death must be provided: death certificate; obituary; official letter recognizing death.]

COMMENTS INVITED

On January 5, 1990 the Board of Directors approved for external distribution a discussion paper entitled "The Application of the Second Injury and Enhancement Fund". The discussion paper was distributed in January 1990. Consultation is scheduled until May 22, 1990, during which time written requests for the paper and written submissions about the issues are welcome.

Address requests for discussion papers and submissions as follows:

SIEF Consultation Project
Workers' Compensation
Board
Operational Policy Branch
2 Bloor Street, East, 22nd
Floor
Toronto, Ontario
M4W 3C3

SUICIDE FOLLOWING A WORK-RELATED INJURY

The Board adopted a policy, which applies to suicides that occur on or after February 1, 1990, entitling a worker's dependants to claim benefits if the worker committed suicide as a result of a work-related injury.

Policy Statement

"If a worker commits suicide following a work-related injury, the Board must pay benefits to the worker's dependants if it is established that the suicide resulted from the work-related injury."*

WCB decision-makers will examine the circumstances and all evidence to determine if the work-related injury caused the worker to develop psychosocial problems which may have led to suicide. The evidence examined will include work-related and non work-related factors which may include all medical reports, employment and vocational rehabilitation history, psychosocial reports, and reports from the worker's family members, friends, and co-workers. ☒

* Board Minute #1, January 9, 1990,
Page 85

(continued from page 1)

UNFUNDED LIABILITY – IMPROVED OUTLOOK

Medical & Vocational Rehabilitation

The Board's October 1989 forecast includes the anticipated impact of the new medical and rehabilitation strategies. Collectively, they are expected to increase the costs associated with the provision of health care and rehabilitation services to injured workers. However, it is expected that these increased costs

will be more than offset by savings stemming from more rapid recovery from injuries, reduced durations of claims, and earlier return to active employment.

Further Improvement Expected

Not included in the October 1989 projection is the positive effect the employment reinstatement provisions of Bill 162 may be expected to have in reducing the duration of claims and expenditures. The impact of these provisions may become apparent by year-end. ☒

BANK CHARGES ON NSF CHEQUES

Effective June 1, 1990, the Board will charge employers \$10.00 for each cheque returned from the bank due to non-sufficient funds (N.S.F.). The \$10.00 charge represents Board costs for processing the NSF cheque.

-POLICY REPORT-

Policy Report is published under the authority and direction of the Policy and Program Development Department of the Workers' Compensation Board. If there is any conflict between the statements contained in this publication and the *Worker's Compensation Act* and/or the Board approved policy documents, the *Act* or the approved document governs.

Comments or inquiries should be addressed to:

Jean d'Agenals, Editor,
Policy Report,
Policy and Program
Development Department,
Workers' Compensation Board,
2 Bloor Street East,
22nd Floor,
Toronto, Ontario, M4W 3C3.

Graphic Production:

Graphics,
Office Services.

ATTENTION SUBSCRIBERS TO POLICY REPORT

To ensure you receive each issue, and to keep our mailing costs down, we need to keep our distribution system up-to-date. Please submit any changes in your mailing address to:

Usha Kapoor,
Manuals Distribution Specialist,
Policy Publications – Training and
Information Branch,
Workers' Compensation Board,
22nd Floor,
2 Bloor Street East,
Toronto, Ontario,
M4W 3C3

(416) 927-4941

Subscriptions to **Policy Report**
are free on request to this
address.

POLICY REPORT INDEX

Subject	Vol. No.	Issue	Subject	Vol. No.	Issue
A			I		
Access – Information	1	1	Integration of Policy Manuals	1	2
	1	3	International Reciprocal Agreements	2	5
Access – Medical Information	2	6	Interest on Delayed Benefit Payments	2	2
Acts of Heroism, Rescue & Goodwill	1	4			
Adjudication Strategy	2	2	L		
Attendant's Allowance	2	3	Lexicon – WCB Bilingual	1	5
Attendant's Allowance Revised	2	1	Library Services	1	6
Automatic Overpayment Recovery	2	5			
B			M		
Bill 162 Consultation	2	6	Medical Information – Disclosure	2	6
			Migrant Farm Workers' Coverage	1	3
C			O		
Calculating Supplementary Awards	2	6	Operational Policy Branch	1	1
Cancer, Gold Miners Claims Policy	1	1	Operational Policy Manual	2	4
"Chance Event" and "Disablement"	1	6	Out-of-Province – Health Care	2	1
Chronic Pain Disorder	2	3	Outside Canada – Pension Payments	2	5
Chronic Pain Disorder/Fibromyalgia	1	5	Overpayment – Automatic Recovery	2	5
Clothing Allowance					
– WBS Policy Changes	2	2	P		
Commutation of Pensions	2	2	Part-Time Workers Supplements	2	2
Communication Strategy	2	3	Pension Commutation	2	2
Consultation Process	1	2	Pension Payments Outside Canada	2	5
D			Policy – Gold Miners' Claims	1	1
Deafness	1	3	Policy Manuals Integration	1	2
Decision Review Branch Decentralizes	2	1	Policy Projects	1	4
Delayed Benefits			Protection of Privacy & Freedom of		
– Board Pays Interest	2	2	Information	2	4
Demerit Systems & Experience Rating	1	6			
"Disablement" and "Chance Event"	1	6	R		
Disclosure – Medical Information	2	6	Reciprocal Agreements – International	2	5
E			Reporting Obligations and Penalties		
Earnings Basis Policy	2	4	– Employer	2	1
Employer Reporting Obligations				2	5
& Penalties	2	1	Revenue Strategy	2	3
	2	5			
Experience Rating & Demerit Systems	1	6	S		
F			Section 54 Policy Changes	1	5
Farm Workers – Migrant	1	3	Section 91(7) Penalties	2	3
Fibromyalgia/Chronic Pain Disorder	1	5	Significant Medical Information	2	6
Firefighters – Forest	2	6	Strategic Policy and Analysis Division	1	4
Forest Firefighters	2	6	Stress	1	3
Freedom of Information & Protection			Stressors – Workplace	2	3
of Privacy Act (FIPPA)	2	4	Supplementary Awards – Calculation	2	6
French Services	1	6	Supplementary Benefits – Update	1	1
			Supplements to Part-Time Workers	2	2
G			Survivors' Benefits 1989	2	1
Gold Miner's Claims Policy	1	1			
H			T		
Harmful Medical Information	2	6	Temporary Total Disability Payments		
Health Care – Out-of-Province	2	1	– 1915 to 1988	1	2
Hearing Loss Policy	1	3	Travel Expenses	1	2
I			W		
Incentive System	1	6	WCB Library Services	1	6
Information – Access	1	1	WCB Bilingual Lexicon	1	5
	1	3		2	1
Information – Freedom of	2	4	Workers' Benefit System Policy Issues	2	2
			Workplace Health and Safety	1	5
			Workplace Stressors	2	3
			Workwell	2	1

INDEX DES SUJETS DU BULLETIN DES POLITIQUES

Sujet	Volume	Numéro	Sujet	Volume	Numéro
A			L		
Accès à l'information et protection de la vie privée	2	4	Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée	2	4
Accès – information	1	1	M		
Accès – renseignements médicaux	2	6	Manuel des politiques administratives	2	4
Accès d'internautes de réciprocité	2	5	Modifications de la politique relative à l'article 54	1	5
Actes d'héroïsme, bienveillance et secourisme	1	4	Modifications des politiques relatives au système informatisé d'indemnisation des travailleurs	2	2
Agents stressants – milieu de travail	2	3	O		
Aide médicale – hors province	2	1	Obligations des employeurs : obligations : déclaration de la masse salariale et amende – employeurs	2	1
Allocation de soins (révisée)	2	1	P		
Allocation vestimentaire – modification des politiques du SIT	2	2	Palements d'indemnisation en retard –intérêts payés par la Commission	2	2
Amendes prévues au paragraphe 91 (7)	2	3	Palement des pensions hors du Canada	2	5
B			Paiement excédentaire	2	5
Bibliothéconomie – services de la CAT	1	6	Pension – capitalisation	2	2
Calcul des suppléments	2	6	Politique – demandes	1	1
Cancer, politique sur les demandes d'indemnités des travailleurs des mines d'or	1	1	Politique sur la base salariale	2	4
Capitalisation de pension	2	2	Politique sur les demandes	1	3
Compilation des manuels des politiques	1	2	R		
D			Recouvrement automatique des paiements excédentaires	2	5
Décentralisation de la Direction de la révision des décisions	2	1	Renseignements médicaux – divulgation	2	6
Déclaration de la masse salariale et amendes	2	1	Renseignements médicaux préjudiciables	2	6
Direction des politiques administratives	1	1	S		
Division de l'élaboration de la politique générale et des services d'analyse	1	4	Santé et sécurité du travail	1	5
E			Services de bibliothéconomie	1	6
Divulgaration – renseignements médicaux	2	6	Services en français	1	6
F			Stratégie de communication	2	3
Fibromyalgie/Troubles de la douleur chronique	1	5	Stratégie d'indemnisation	2	2
Frais de déplacement	1	2	Stratégie du revenu	2	3
H			Stress	1	3
Hors du Canada	2	5	Suppléments – calcul	2	6
Hors province – aide médicale	2	1	Suppléments des travailleurs à temps partiel	2	2
I			Surdité	1	3
Indemnités d'invalidité totale	1	2	Système d'évaluation fondé sur le mérite	1	6
Indemnités des survivants pour 1989	2	1	Système de primes d'encouragement	1	6
Indemnités versées – 1915 à 1988	1	3	T		
Intérêts sur les paiements	2	2	Tarification par incidence et système d'évaluation fondé sur le mérite	1	6
<<Invalidité>> et <<événement fortuit>>	1	6	Troubles de la douleur chronique	2	3
L			Troubles de la douleur chronique/fibromyalgie	1	5
Lexique bilingue de la CAT	1	5			

Avis aux abonnés du Bulletin des politiques

Pour nous assurer que vous recevez bien chaque exemplaire et pour réduire nos coûts d'envoi, nous désirons garder notre système de distribution à jour. Veuillez communiquer tout changement d'adresse postale à :

Usha Kapoor,
Responsable de la distribution
des manuels
Publications des politiques –
Direction de la formation et
de l'information
Commission des accidents du
travail
22^e étage
2, rue Bloor Est
Toronto (Ontario)
M4W 3C3
(416) 927-4941

L'abonnement au Bulletin des
politiques est gratuit sur
demande à l'adresse
susmentionnée.

BULLETIN DES POLITIQUES

Le Bulletin des politiques est publié
sous l'autorité et la direction du Ser-
vice de l'élaboration des politiques et
des programmes de la Commission
des accidents du travail. S'il y a con-
tradiction entre les déclarations con-
tenues dans cette publication et la Loi
sur les accidents du travail et/ou les
politiques approuvées de la Commis-
sion, c'est à la Loi ou aux documents
approuvés qu'il faut se référer.

Veuillez adresser vos questions ou
commentaires à :

Jean d'Agénais, directrice,
Bulletin des politiques
Service de l'élaboration des politiques
et des programmes
Commission des accidents du travail
22^e étage
2, rue Bloor Est
Toronto (Ontario)
M4W 3C3

Production graphique :
personnel de bureau

SUICIDE SUIVANT UNE LÉSION PROFESSIONNELLE

La Commission a adopté une
politique, dans les cas de suicide
survenus le 1^{er} février 1990 ou
après cette date, en vertu de la-
quelle les personnes à charge du
travailleuse ont le droit de réclamer
des indemnités si ce dernier s'est
suicidé en raison de sa lésion
professionnelle.

Politique

<<Si le travailleuse se suicide
à la suite d'une lésion profes-
sionnelle, la Commission doit
verser des indemnités aux
personnes à charge de
celui-ci s'il est établi que le
suicide résulte de la lésion
professionnelle. >>*

Les responsables de la CAT exa-
mineront les circonstances et toutes
les preuves soumises pour établir si
la lésion professionnelle est à
l'origine des troubles psychosociaux
du travailleuse qui ont mené à son
suicide. L'examen des preuves
comportera des facteurs reliés ou
non au travail, lesquels peuvent
comprendre tous les rapports
médicaux, une description des
antécédents professionnels et du
programme de réadaptation profes-
sionnelle, les rapports psychosociaux
et les rapports soumis par les
membres de la famille du travail-
leur, ses amis et ses collègues.
* Procès-verbal du conseil n° 1,
le 9 janvier 1990, page 85.

ÉLIMINATION PLUS RAPIDE DE LA DETTE NON PROVISIONNÉE

(suite de la page 1)

Réadaptation médicale et professionnelle

Les prévisions d'octobre 1989 de la
Commission tenaient compte entre
autres de l'impact prévu des
nouvelles stratégies de réadaptation
médicale et professionnelle. On
s'attend à ce que celles-ci augmen-
tent les coûts associés à la presta-
tion des soins de santé et des ser-
vices de réadaptation aux travail-
leurs blessés mais que cette

Augmentation sera largement com-
pensée par les économies découlant
d'un rétablissement plus rapide des
travailleurs, d'une diminution de la
période d'indemnisation et d'un
retour plus rapide au travail.

Autres améliorations prévues

Les prévisions d'octobre 1989 ne
tiennent pas compte de l'effet
positif prévu des dispositions rela-
tives aux réembauchage de la Loi
162 en ce qui concerne la diminu-
tion des dépenses et de la durée
des périodes d'indemnisation.
L'impact de ces dispositions pourrait
se faire sentir d'ici la fin de
l'année.

FRAIS BANCAIRES DANS LE CAS DE CHÈQUES SANS PROVISION

À compter du 1^{er} juin 1990, la Commission imposera des frais
de 10 \$ aux employeurs pour chaque chèque sans provision
retourné par la banque. Ces frais de 10 \$ couvriront les coûts
du traitement du chèque sans provision par la Commission.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LES TRAVAILLEURS DÉCÉDÉS

- administrateurs désignés par la Cour pour la succession du travailleur décédé);
 - lorsque cette divulgation sert à atteindre un des objectifs de la Loi sur les accidents du travail (par. 42 (c));
 - dans une situation relative à un événement de famille afin de faciliter la communication avec un proche parent ou un ami du travailleur décédé relativement au décès de ce dernier (par. 42 (i));
 - lorsque le travailleur est décédé depuis trente ans ou plus (par. 2 (2)).
- (Il faut produire une pièce attestant de la date du décès : acte de décès, notice nécrologique, lettre officielle attestant du décès.)

VOS COMMENTAIRES S.V.P.

Le conseil d'administration a approuvé le 5 janvier 1990 la distribution d'un document de travail intitulé <<The Application of the Second Injury Enhancement Fund>>, distribution qui a eu lieu en janvier 1990. Les consultations se termineront le 22 mai 1990. Vous êtes invités à faire parvenir vos demandes et vos commentaires écrits concernant les sujets traités dans ce document avant cette date à l'adresse suivante :

Projet de consultation sur le FGTR
Commission des
accidents du travail
Direction des politiques
administratives
2, rue Bloor Est, 22^e étage
Toronto (Ontario)
M4W 3C3

Le 4 janvier 1990, le conseil d'administration a approuvé une note explicative sur la politique relative à la divulgation des renseignements personnels des travailleurs décédés en vertu de la Loi sur les accidents du travail (la Loi) et de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée.

- les personnes qui peuvent avoir droit à des indemnités en vertu de l'article 36 de la Loi ou leurs représentants autorisés;

- les représentants successoraux du travailleur décédé qui réclament les indemnités auxquelles le travailleur avait droit de son vivant.

Les bénéficiaires susceptibles d'avoir droit aux indemnités prévues à l'article 36 de la Loi sont les suivants :

- le conjoint survivant (avec ou sans enfant à charge);
- un ou des enfant(s) à charge, s'il n'y a aucun conjoint survivant ou les personnes à charge, s'il n'y a aucun conjoint survivant ou enfant à charge;

- le tuteur des enfants d'un travailleur décédé;
- un conjoint séparé auquel le travailleur aurait été tenu de payer une pension alimentaire en vertu d'un accord de séparation ou d'une ordonnance de la cour.

En vertu de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée, la Commission peut divulguer des renseignements relatifs à un travailleur décédé :

- au représentant successoral d'un travailleur décédé lorsque cette divulgation se rattache à l'administration de la succession (par. 66 (a)) (Les représentants successoraux sont les exécuteurs testamentaires ou les

AUTRES POLITIQUES DÉCOULANT DE LA LOI 162 PRESTATIONS DU RPC ET/OU DU RRO

Lors du calcul des suppléments temporaires ou des indemnités d'invalidité totale temporaire prévues au paragraphe 40 (2), la Commission soustrait des gains bruts d'avant l'accident du travailleur toutes les prestations du Régime de pension du Canada et/ou du Régime de rentes du Québec qu'il pourrait toucher pour sa lésion.

La Commission soustrait des gains bruts du travailleur décédé toutes les prestations du Régime de pension du Canada et/ou du Régime de rentes du Québec versées aux survivants pour un décès découlant d'une lésion.

Contribution de l'employeur aux avantages sociaux

Selon les dispositions de la Loi 162, les employeurs doivent continuer de payer leur part des avantages sociaux (assurance-maladie, assurance-vie et régime de retraite) pendant l'année qui suit la date de l'accident si le travailleur satisfait certaines conditions d'admissibilité. Lorsque la Commission reçoit une plainte à cet effet, elle établit si l'employeur a respecté ses obligations relativement à ces contributions et, si cela n'est pas le cas, lui impose une amende.

L'employeur qui ne se conforme pas à cette disposition peut se voir imposer une amende égale à sa contribution annuelle aux avantages sociaux du travailleur. S'il remédie rapidement à la situation, il est possible que cette amende soit réduite de cinquante pour cent.

RÉINTÉGRATION DES TRAVAILLEURS

La Loi 162, dont la plus grande partie est entrée en vigueur le 2 janvier 1990, a considérablement modifié la Loi sur les accidents du travail relative ment à l'obligation de réembaucher les travailleurs blessés. Le comité de travail sur les politiques/règlements relatifs à la Loi 162* a été mis sur pied pour fournir des conseils à la CAT lors de l'élaboration de règlements et de politiques provisoires sur les questions découlant de la Loi 162. Les principaux éléments de ces politiques approuvées par le conseil d'administration le 5 janvier 1990 sont expliqués dans le présent numéro.

Droit du travailleur au réembauchage

Les travailleurs qui ont occupé leur poste pendant au moins une année de façon continue avant leur accident ont le droit d'être réembauchés. Une interruption de travail survenue au cours de l'année précédant l'accident n'a aucune incidence sur la continuité de l'emploi que si l'employeur et le travailleur tous les deux désiraient rompre la relation de travail.

Quels sont les employeurs visés par cette mesure?

Les dispositions relatives au réembauchage touchent les employeurs qui ont régulièrement à leur service vingt travailleurs ou plus.

Adaptation aux besoins du travailleur blessé

Les employeurs doivent adapter le travail ou les lieux de travail aux besoins d'un travailleur blessé, dans la mesure où ils peuvent y parvenir sans trop de difficulté. La Commission se base sur les *Directives pour l'évaluation des besoins en matière d'adaptation des personnes handicapées de la Commission des droits de la personne de l'Ontario* pour établir si les modifications nécessaires à l'adaptation du travailleur peuvent être effectuées sans occasionner trop de difficulté à l'employeur. **Quand l'obligation de réembaucher est-elle invoquée?** Lorsque le travailleur est en mesure d'accomplir les tâches essentielles de son ancien emploi ou, de l'avis d'un médecin, un travail

approprié, la Commission avise l'employeur et le travailleur par écrit.

L'employeur est dans l'obligation de réembaucher le travailleur dès qu'il reçoit l'avis, soit au plus tard sept jours après l'envoi.

L'employeur demeure dans l'obligation de réembaucher le travailleur : ● pendant deux ans, à partir de la date de l'accident (soit la date à laquelle le travailleur a subi une lésion invalidante); ● pendant un an, à partir du jour où il reçoit l'avis lui indiquant que le travailleur est en mesure de reprendre son ancien emploi; ● jusqu'à ce que le travailleur ait 65 ans; d'après ce qui se produit en premier.

Tâches essentielles de l'ancien emploi

Les <<tâches essentielles>> d'un emploi s'entendent des tâches nécessaires pour parvenir aux résultats normalement obtenus. Lorsque la Commission détermine que le travailleur est en mesure d'effectuer les tâches essentielles de son ancien emploi, l'employeur doit lui redonner cet emploi ou lui offrir un autre emploi de même nature au même salaire.

Autre emploi de même nature

Afin d'établir si l'emploi offert au travailleur est de même nature que son ancien emploi, la Commission se base sur les points suivants :

- tâches requises;
- conditions de travail;
- degré de compétence, de responsabilité et effort nécessaire;

Emploi approprié

Un emploi approprié est un emploi qu'un travailleur est, de l'avis d'un médecin, en mesure d'effectuer et pour lequel il possède les compétences nécessaires. Par ailleurs, cet emploi ne doit présenter aucun danger pour la santé ou la sécurité du travailleur ou de ses collègues.

L'employeur doit offrir au travailleur blessé tous les emplois appropriés qui deviennent disponibles au cours de la période pendant laquelle il est dans l'obligation de réembaucher le travailleur.

Comparaison des conventions collectives et de la Loi

La Commission compare les dispositions relatives au réembauchage prévues dans les conventions collectives et dans la Loi et applique au travailleur les dispositions qui lui accordent le plus de droits. Dans tous les cas, les droits d'ancienneté établis par les conventions collectives, en tant que droits du travailleur au réembauchage, l'emportent sur la Loi.

Licencement après le réembauchage

Si le travailleur blessé est licencié, sans motif valable, dans les six mois qui suivent la date de réembauche, l'employeur est présumé avoir failli à son obligation de réembaucher le travailleur.

Exceptions à la politique

Si les directives de cette politique ne s'appliquent pas à un cas précis, les agents d'indemnisation doivent se baser sur les dispositions de la Loi et sur le bien-fondé de la cause.

* Le comité de travail sur les politiques/règlements relatifs à la Loi 162 - Reportez-vous à l'article du Bulletin des politiques Vol 2, No 6, intitulé <<Elaboration du processus de consultation sur la Loi 162>>.



ÉLIMINATION PLUS RAPIDE DE LA DETTE NON PROVISIONNÉE

Les dernières prévisions à long terme de la Commission, établies en octobre 1989, indiquent que la dette non provisionnée pourrait être éliminée d'ici l'an 2007, soit sept ans plus tôt que les prévisions annoncées en avril 1989. Cette perspective améliorée est basée en partie sur les conditions suivantes :

- maintien de la fréquence réduite des accidents survenus en 1989;
- impact prévu des nouvelles stratégies de réadaptation médicale et professionnelle.

Dettes non provisionnées

La dette non provisionnée (évaluée à 7,6 \$ milliards en 1989) correspond à la différence entre l'actif dont la Commission dispose et la valeur actuelle des fonds dont elle a besoin pour couvrir les coûts courants et futurs des accidents déjà survenus.

Le ratio de financement (rapport entre l'actif et le passif) se situe à environ quarante-deux pour cent. Lorsqu'il atteindra cent pour cent, c'est-à-dire lorsque l'actif sera égal au passif, la dette non provisionnée sera éliminée.

Les prévisions à long termeannoncées en avril 1989 situaient l'élimination de la dette non provisionnée à l'an 2014.

Les prévisions d'octobre 1989 tiennent compte des changements récents, notamment la réduction de la fréquence des accidents (c'est-à-dire, le nombre de lésions entraînant une interruption de travail par cent années-personnes) et la mise en oeuvre des nouvelles stratégies de réadaptation professionnelle et médicale. En supposant que cette diminution de la fréquence des accidents se maintienne et que les coûts réels par demande d'indemnités demeurent stables, les dernières prévisions de la Commission situent l'élimination de la dette non provisionnée à l'an 2007, c'est-à-dire, sept années plus tôt que ce qui avait été prévu auparavant.

Diminution des coûts d'accidents

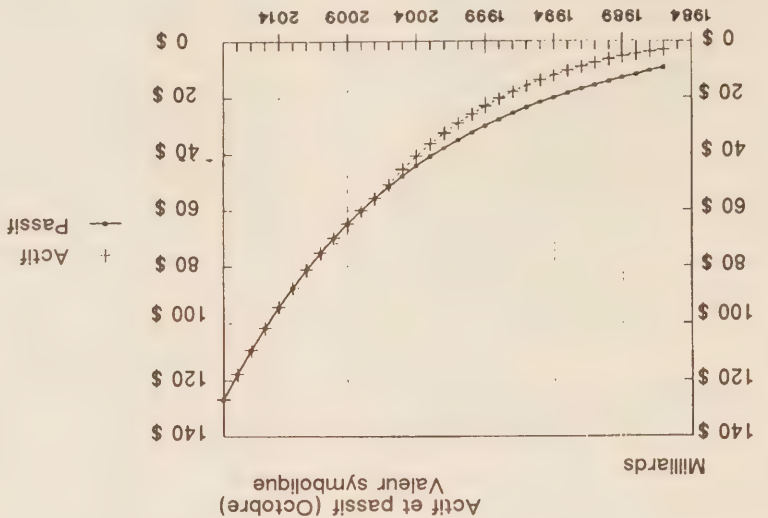
Jusqu'ici, la fréquence des accidents correspondait généralement au niveau d'activité économique

provincial et, par conséquent, la fréquence des accidents augmentait à mesure que le taux de chômage diminuait et vice versa. On ne s'attendait pas à une réduction de la fréquence des accidents pour 1989 car elle s'est produite au cours d'une période de stabilité dans le nombre d'emplois et après une tendance à la hausse de la fréquence des accidents au cours des six dernières années. La Commission continue de chercher les causes de cette amélioration en 1989, laquelle peut être due aux programmes de santé et de sécurité améliorés des employeurs.

Stratégies de financement

En 1984, la firme Wyatt, à qui l'on avait demandé d'examiner la dette non provisionnée de la Commission et de faire des recommandations en vue de son élimination, avait fait remarquer que les taux de cotisation des employeurs ne couvriraient pas les coûts d'accidents courants. Elle a donc recommandé que la Commission adopte une stratégie de financement intégral visant à hausser les taux de cotisation pour couvrir les coûts des nouveaux accidents de chaque année et pour créer un surplus en sus du montant requis pour éliminer la dette non provisionnée dans un délai précis. Un échéancier de trente ans a été établi et l'augmentation nécessaire des taux de cotisation échelonnée sur une période de trois ou quatre ans. Cette méthode de financement intégral se caractérise par le fait qu'elle répartit équitablement les coûts d'accidents entre les industries qui en sont responsables et incite ainsi les employeurs à améliorer leurs programmes de santé et de sécurité. La Loi sur les accidents du travail stipule que la Commission doit pourvoir à l'alimentation d'une caisse des accidents :

<<...de façon à ne pas imposer injustement ni indûment aux employeurs d'une catégorie, dans les années à venir, des versements relatifs à des accidents survenus antérieurement.>>



CA 20N

L 90

- P56

POLICY REPORT

Workers'
Compensation
BoardCommission
des accidents
du travailMay 1990
Vol. 3 No. 2

ISSUE IN DISPUTE

The Board recently revised its definition of "issue in dispute" as it pertains to access to claim files under s.77 of the *Workers' Compensation Act*. The new definition reads:

"An issue in dispute exists where a worker, persons entitled to benefits under s.36, the employer, or an authorized representative of any of the above, objects to or is considering an objection to a particular aspect or aspects of a written decision made by a Board decision-maker."*

In terms of providing access to a claim file, this new definition serves two purposes: it accommodates the employer's right to pursue an appeal and it accommodates the worker's right to privacy with respect to personal information.

Considering an Objection

Employers no longer have to launch a formal objection to raise an issue in dispute and obtain access to the claim file. Now, an employer may

simply express an interest in launching a formal objection to raise an issue in dispute.

This change recognizes that employers may need to first review the claim file to decide whether to pursue a formal objection.

Specifying Issues in Dispute

In all cases, employers must identify, either on the Board's Access

Request Form, or in writing, the issue(s) in dispute. If the employer does not use the Board's Access Request Form, the employer must outline the same information that otherwise would be elicited from the Board's form. By specifying the issue(s) in dispute, the Board may locate those documents relevant to the issue(s) in dispute, and ensure that the worker's right to privacy with respect to personal information is assured. (See companion article on Ensuring Worker Anonymity).

Written Decision

The definition specifies that the objection or potential objection be related to an aspect of a "written decision." This term is not restricted to formal adverse decision letters but includes any written communication that confirms a decision. (continued on page 2)

* Minute #1, March 21, 1990,
Page 88

ENSURING WORKERS' ANONYMITY

The Board has reviewed its practice concerning the protection of workers' identities in medical reports that are disclosed to employers and their representatives and subsequently disclosed by employers to their medical consultants.

Subsequent disclosure by employers or their representatives of workers' medical reports to third parties is governed by s.77(7) of the Act:

"No employer or employer's representative who obtains access to copies of any records of the Board shall disclose any medical information obtained therefrom except in a form calculated to prevent the information from being identified with a particular worker or case."

The Board's review raised the issue as how to prevent the disclosure of workers' identities to third parties. Accordingly, the Board re-examined the provisions of s.77(7) which (1) uphold employers' rights to view pertinent medical reports (in the event of an issue in dispute), and 2) require employers to delete references identifying workers.

The Board's new policy and practice becomes effective June 1, 1990.

Policy Statement

"Access to a worker's medical reports under s.77(3) may be granted to the employer and the employer's authorized representative(s). All representatives must have first submitted an authorization form signed by the employer. Employers and their representatives may not release the information further without first deleting all references to a the worker's identity."*

Now employers must anonymize workers' medical reports before disclosing them to their medical consultants.

Board staff who are responsible for the release of information contained in claim files must ensure that employer representatives are properly authorized prior to the release of medical reports. Employers will be notified of the restrictions and penalties on further disclosure. Finally, if workers can show reason why employers should not have access to medical reports, the Board may limit the employers to viewing medical documents at the Board's offices. ☐

* Minute #2, March 21, 1990,
Page 88

Inside Policy Report

Recent VR Policies	3
91(7)	4
Clothing Allowances	5

ISSUE IN DISPUTE

(continued from page 1)

Below, are some of the issues in dispute raised by workers and employers.

Initial Entitlement

- Did an accident occur resulting in personal injury or death?
- Did the accident arise out of and in the course of employment?
- Is the worker a "worker" under the meaning of the Act?

Continuing Entitlement

- Does the worker continue to be disabled?
- Is lost time due to the accident?
- Does the worker have a permanent impairment?
- To what extent is the worker permanently impaired?

Amount of Entitlement

- Is the amount of gross average earnings properly calculated?
- Is the amount of net average earnings properly calculated?
- To what degree is the worker's earnings capacity impaired by the work-related disability?

Transfer of Costs

- Should costs be transferred to the Second Injury and Enhancement Fund?
- Has the transfer of costs been properly calculated?

Dependency

- Is the person a "spouse" or "dependant" under the meaning of the Act?
- Does a "member-of-the-family" relationship exist?

Medical & Vocational Rehabilitation

- Did the worker fail to cooperate in, or be available for, a medical or vocational rehabilitation program?
- Did the worker fail to accept, or be available for, employment which was suitable for the worker?

Employment Benefits

- Is the employer obliged to continue paying benefit contributions?
- Has the worker continued to pay benefit contributions?

Reinstatement

- Does a reinstatement obligation exist?
- Has the reinstatement obligation expired?
- Is the worker able to perform the essential duties of the pre-injury work or suitable work?
- Would accommodating the worker in the work or the workplace cause undue hardship to the employer?

Non-Economic Loss Awards

- Is the percentage of permanent impairment properly calculated?

Economic Loss Awards

- Is the worker's estimated earnings properly calculated?
- Is the worker eligible to receive supplements?

Procedural Matters

- Has the statute of limitations for third party elections expired? ☒

Policy Report is now printed on acid-free, recycled paper at no extra cost.



EXCESSIVE DRUG USE

Occasionally, concerns may be expressed in a claim file that an injured worker is using significant amounts of narcotic or controlled drugs, or is getting prescriptions for the same drugs from more than one doctor.

Recognizing its responsibility to encourage the medical recovery of injured workers, the Board will contact the injured worker and the physician(s) involved so that both can be sure there are no violations of the *Narcotic Control Act* or the *Food and Drugs Act*. ☒

Has your address changed?

To ensure you receive each issue, and to keep our mailing costs down, we need to keep our distribution system up-to-date. Please submit any changes in your mailing address to:

Manuals Distribution Specialist,
Policy Publications,
Workers' Compensation Board,
2 Bloor Street East, 22nd Floor,
Toronto, Ontario, M4W 3C3
(416) 927-4941

Subscriptions to *Policy Report* are free on request to this address.

RECENT VOCATIONAL REHABILITATION (VR) POLICIES

Bill 162, which came into force on January 2, 1990, formally changed the way the Board provides VR services. This change complements the Board's strategy of returning injured workers to employment as soon as possible after the work-related accident. Highlights of the policies which arose out of the legislative changes follow.

Guiding Principles

- Appropriate early intervention
- Full co-operation and effort of all parties directly affected by the injury
- Independence from claims adjudication decisions
- Goal-oriented VR plans
- Accessible, timely, and intensive services

Earnings Profile

The Board helps the worker re-establish an earnings profile comparable to what it would have been but for the injury.

VR Referrals

The Board has established time frames specifying when claims adjudicators may refer injured workers to VR caseworkers for consideration of VR services.

- If it appears that a worker will not return to work despite medical rehabilitation, adjudicators refer the case immediately to a caseworker.
- Within 6 weeks of the notice of accident, and every 6 weeks following, adjudicators review each file to determine the likelihood of the workers' return to work. When it is apparent that a return to work may not occur, the case is referred to a caseworker.
- If after 6 months, the worker is still off work and has not been referred for VR services, adjudicators refer workers to caseworkers for a VR assessment.

When a caseworker determines that the referred worker requires VR

services, the case is activated and the caseworker formally offers VR services to the worker.

Social Rehabilitation Referrals

The Board provides social rehabilitation counselling to workers who:

- have suffered a marked life disruption as a result of a work-related impairment; or
- require intensive pre-vocational or social rehabilitation counselling to enable them to plan, design, enter into, or complete a written VR plan;
- and
- will, through the provision of counselling, likely resolve or lessen those social problems arising from their work-related impairment.

VR Plans

After a caseworker determines that a VR plan is necessary, it is developed in partnership with the injured worker, the employer, and where possible, the treating physician.

VR Assessments

To obtain information about the worker's physical and vocational capabilities to perform work, a caseworker may arrange for the following types of VR assessments.

Work Trials

Used to determine worker-job compatibility, Work Trials are placements with an employer, generally lasting 2 weeks.

Functional Abilities Evaluations (FAE)

The FAE identifies an individual's functional abilities and limitations as they relate to work. Assessments may be either specific or general in nature.

Specific assessments examine the capacity of the individual to perform the essential duties of a specific job.

General assessments examine functional abilities and functional tolerances as a guide to the selection of appropriate jobs when a specific job is not available for the worker and a job search must be conducted.

Vocational Testing

Vocational Testing involves a series of tests designed to identify an individual's cognitive functioning, academic standing, interests, aptitudes, and personality traits.

Transitional Work Programs

The transitional work program facilitates an injured worker's gradual transition from disability, to modified work, to the eventual VR goal. Such a program provides a worker an opportunity to improve physically and acquire job skills by performing actual work tasks.

The worker, employer, and caseworker negotiate the length of the program (generally no more than 8 weeks), the graduated hours and/or weeks of work, and the job's duties. Costs are shared between the Board and the employer with the employer paying at least 50% of the starting weekly salary for that job over the duration of the program.

Training-on-the-Job

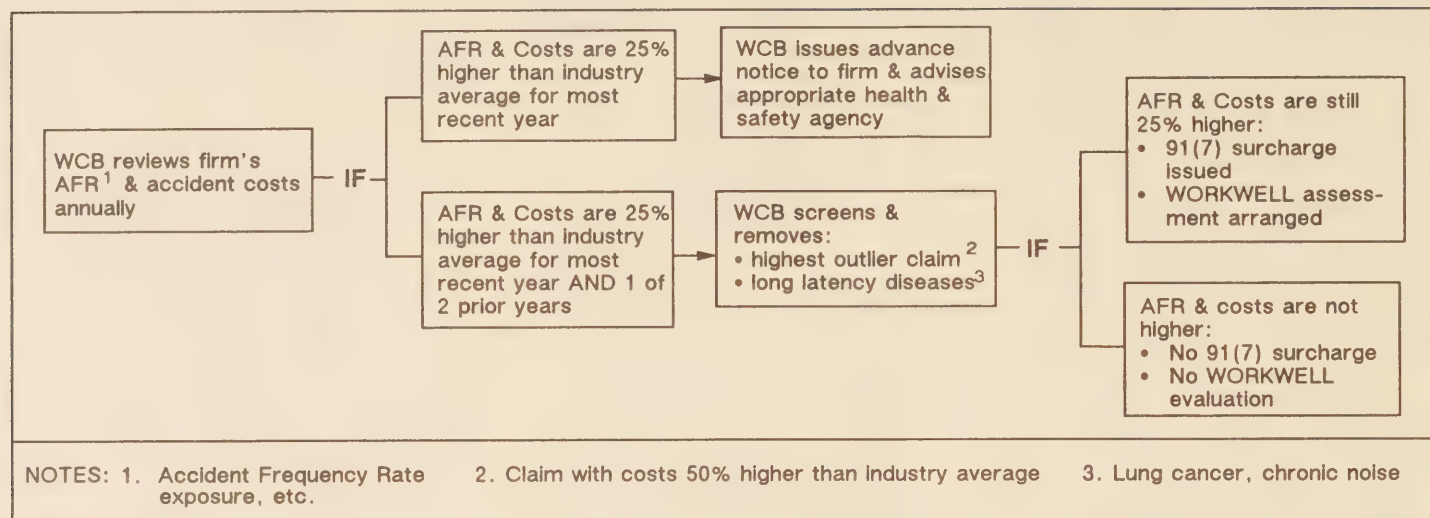
If a work trial is not possible or has already been completed, a training-on-the-job program may be offered to an injured worker as part of the VR plan when the work-related impairment precludes that worker's return to pre-injury employment. Such programs are intended to assist workers in re-employment by acquiring marketable work skills.

VR for Surviving Spouses

The Board helps surviving spouses enter or re-enter the labour market to find work that is appropriate given their skills, experience, education, age, and the availability of jobs in their geographical area.

Social rehabilitation may also be provided to help surviving spouses adjust in their family and social life. ■

SECTION 91(7) REVISED



With the help of input from external consultation, recent changes have been made to improve the fair and consistent application of s.91(7) of the *Act*. Now,

- first-time surcharges may be lower and
- employers receive more help in avoiding surcharges altogether through a new “advance notice” feature of the program.

The Board issues surcharges under section 91(7) to employers with **consistently poor** accident cost and frequency experience. The purpose is to

- penalize employers with consistently poor accident cost and frequency records,
- bring pressure to bear on these employers to improve their safety practices,

and

- alleviate the unfair financial burden placed on other employers in the same rate group.

If a firm's accident frequency rate and actual accident costs for the most recent year are 25% higher than the industry average, the Board issues an advance notice telling the employer that they have reached the first step toward a surcharge. The Board also contacts the appropriate safety education agency.

This gives employers a chance to improve their health and safety situation and avoid a surcharge.

If a firm's accident cost and frequency rates are 25% higher than average in the most recent year **and** 25% higher in **one of the two prior years** (e.g., the 1990 record is high as well as either 1988 or 1989), the employer has met the criteria for a 91(7) surcharge. To accurately assess a firm's accident cost experience for the purposes of 91(7), the firm's record is screened for

- outlier claims
- and
- long latency diseases,

and these costs are removed from the 91(7) calculation.

An “outlier claim” is a claim with costs 50% higher than the industry average. The entire cost of the **highest** outlier claim is removed, as the high cost of **one** accident may not reflect a consistently poor accident record.

The costs associated with any long latency disease (i.e., lung cancer, Chronic Noise Exposure, etc.) are removed because the exposure would have occurred years ago.

If, after removing the above claim costs, the employer still meets the criteria for 91(7), a surcharge is levied, and a WORKWELL evaluation is arranged.

The initial surcharge is 50% – 100% of the employers' assessment, based on the degree of poor performance. After that, every year the employer meets the criteria for 91(7), the surcharge is increased by 25% to a maximum of 225%. If the employer has 6 consecutive years without a 91(7) surcharge, they revert back to the 50% – 100% range.

These changes to the s.91(7) program will apply to the 1990 issue of s.91(7) surcharges which review the accident cost and frequency records for the years 1988, 1989 and 1990. The 1990 issue of surcharges is expected by the end of 1991.

Funding of the 91(7) program will be self-sufficient with the money collected covering the cost of the WORKWELL evaluation and the balance allocated to the rate group.



Update

Thirty-two Ontario employers have been awarded rebates on their WCB assessments under the Board's WORKWELL* program in recognition of their superior health and safety practices.

Started last year as a pilot project to assess health and safety conditions in the workplace, WORKWELL offers financial incentives to Schedule 1 employers for improving and promoting workplace health and safety. Depending on the size of their assessment, employers may receive rebates as high as \$100,000.

The project, which has been extended to December 1990, has undergone some recent changes. Employers are no longer required to nominate themselves for the program. Now, with the aid of a new computer program, the Board identifies those who may be eligible for rebates. It is anticipated that 33,000 employers may be eligible to participate in the WORKWELL program. All those selected will receive notification in the mail, asking if they would like to participate.

Also, employers may now receive rebates or charges under an experience rating program as well as WORKWELL. Under the old system, employers were eligible under only one program at a time.

For more information contact the WORKWELL Program Coordinator,

Workers' Compensation Board,
2 Bloor Street East,
Toronto, Ontario
M4W 3C3
Telephone: (416) 927-4349 or
927-4340

* See WORKWELL, Policy Report Vol. 2 No. 1, March 1989.

CLOTHING ALLOWANCES

Policy Statement

"A clothing allowance may be authorized for the replacement or repair of clothing worn or damaged by reason of the wearing of an upper/lower limb prosthesis, back/leg brace and/or the use of a wheelchair, for a permanent disability when maximal medical rehabilitation has been reached and where the information provided in the claim file confirms the use of a prosthesis or brace authorized and/or supplied by the Workers' Compensation Board."*

Effective April 1, 1990, clothing allowances take into account wear and tear on apparel caused by each authorized prosthesis or brace used by an injured worker. (See chart on page 6). Previously, the Board granted a 25% or 50% allowance increase, respectively, for additional upper or lower limb devices.

Eligibility Criteria

All the following criteria must be met.

- The worker must have achieved maximal medical rehabilitation (MMR).
- The worker must be in receipt of a permanent impairment award (previously referred to as a permanent disability award).
- The Board must have authorized and/or supplied the device(s).
- The worker must submit a written application on each anniversary of the permanent impairment award, verifying frequency of use of the device and the resultant damage to clothing.

- The worker has worn the apparatus 1 full year after reaching MMR.

Payments

If all eligibility criteria are met, the Board will award the clothing allowance backdated to the date the worker first used the device or reached MMR, whichever is later.

Subsequent clothing allowances are paid once a year.

Partial Allowances

Workers may be eligible for a partial clothing allowance if the device is used on a part-time basis. If the worker is provided with uniforms/work garments, free of charge, the Board may grant an allowance no greater than 50% of the maximum.

Allowance Calculation

Full and partial allowances are calculated as a percentage of the maximum dollar limit based on the number of hours per week the worker uses the device. (See chart below.)

* Minute # 1, January 30, 1990,
Page 86

88

Hours Per Day	DAYS PER WEEK				
	3	4	5	6	7
	Percentage of Maximum \$ Award				
3	—	—	50%	50%	75%
4	—	50%	75%	75%	100%
5	50%	75%	100%	100%	100%
6+	50%	75%	100%	100%	100%

(continued on page 6)

CLOTHING ALLOWANCES *(continued from page 5)*

TYPE OF DEVICE ¹	DEFINITION	MAXIMUM ANNUAL ALLOWANCE PER DEVICE	
		Upper Limb	Lower Limb
Prosthesis ²	Artificial members/ appliance/apparatus [s.52(2)]	\$223.15	\$446.31
Wheelchair	A prosthesis within meaning of the <i>Act</i> .	\$446.31	
Back Brace ³	Rigid frame (e.g., rigid plastic with steel stays) to support back.	\$446.31	
Cervical ^{1 3} Brace	A back brace within meaning of the <i>Act</i> .		
Back Support	Canvas belt/corset with rigid stays to support back.		
NOTE: 1. Exclusions are wrist gauntlets, forearm supported crutches and soft cervical collars. 2. A prosthesis, worn as a result of an amputation, must be at/above the ankle or at/above the wrist. 3. The worker must have used a back or cervical brace for one full year after MMR and habitual use must be confirmed. Retroactive payment may be made to MMR or the date when the device is first used, which ever is later.			

Did You Know ...

The Board's interim policy on interest paid on delayed benefits (*Policy Report*, May 1989 Vol.2 No.2) was revised and made effective January 1, 1990. The policy allows for payment of interest on delayed benefits representing lost wages to injured workers (or their surviving dependants under s.36).

Workers entitled to interest on delayed benefits are those with claims registered:

- before January 1, 1990, and whose delayed benefits result from the reversal of adjudication decisions made by Hearings Officers or the Workers' Compensation Appeals Tribunal on or after January 6, 1989.
- on or after January 1, 1990, in which there are payment delays.

This policy is intended to restore injured workers to the same financial position that they would have been in had the appropriate decision been made at the claims adjudicator stage.

New WCB Operational Policy Manual Now Available

Cost: \$200.00 (\$125.00 per issue plus annual amendment subscription \$75.00)

Send cheque or money order payable to WCB
Account Number 4711-62901,
Policy Publications,
2 Bloor St. E.,
Toronto, Ontario, M4W 3C3.

-POLICY REPORT-

Policy Report is published under the authority and direction of the Operational Policy Branch of the Workers' Compensation Board. If there is any conflict between the statements contained in this publication and the *Workers' Compensation Act* and/or Board approved policy documents, the *Act* or the approved document governs.

Comments or inquiries should be addressed to:

Editor,
Policy Report,
 Operational Policy Branch,
 Workers' Compensation Board,
 2 Bloor Street East, 22nd Floor,
 Toronto, Ontario, M4W 3C3.

Graphic Production:
 Graphics,
 Office Services.

CONSULTATION INVITED

WORK-RELATEDNESS

In September 1988, the Board of Directors released its review of WCAT Decision No. 72, pursuant to s.86n of the Act. In its review, the Board of Directors raised, but did not resolve, the issue of evidentiary requirements to show work-relatedness. The Board of Directors instructed Board administrators to conduct a policy review of evidentiary requirements and to develop, after appropriate external consultation, a policy proposal concerning these requirements.

While working on the policy proposal, it became apparent to Board administrators that it was necessary to canvass a more fundamental question first: **What sort of links must be established between employment and an accident to entitle a worker to benefits under the Act?** In essence, the Board was seeking to define the "arising out of" question.

In April 1990, a discussion paper on work-relatedness was prepared for the Board of Directors with the view of presenting the paper to the Board's External Consultation Group (ECG) as well as circulating the paper to all stakeholders who may request it. Accordingly, a meeting of the ECG will be convened in **October 1990** to discuss the proposal.

To stimulate discussion and canvass views on such a fundamental issue as "arising out of", a series of **consultation seminars** will also be conducted in **October 1990** (see chart below). A summary of the proceedings of the consultation seminars will be compiled and circulated in November 1990 to all attendees and to all who request it.

In addition, the deadline for **written submissions** from all stakeholders in response to the discussion paper is **February 4, 1991**.

POLICY PROPOSAL ON WORKPLACE STRESSORS

In February 1989, the Board distributed a discussion paper entitled "Compensation for Chronic Occupational Stress" for consultation. Following consideration of a report summarizing the consultation submissions, the Board of Directors instructed that an options paper, entitled "Compensability of disabilities resulting from workplace stressors", be circulated for further consultation with Board stakeholders.*

Following this further round of consultation, the Board of Directors considered a policy proposal for the establishment of work-relatedness in workplace stressor claims entitled "Compensability for disablements arising from workplace stressors". Since this policy proposal outlines a new way to consider workplace stressor claims, the Board of Directors decided that a further stage of consultation be implemented to ensure that all Board stakeholders have an opportunity to consider and comment on this proposal.

Like the work-relatedness paper (see companion article), this policy proposal has been prepared with the view of circulating it to the Board's ECG. As well, the policy proposal will be circulated to those who made written submissions respecting the options paper, and to any one who requests it.

The deadline for **written submissions** respecting the policy proposal will be **February 4, 1991**.

* See Workplace Stressors, Policy Report, Vol. 2 No. 3, July 1989

SPECIAL CONSULTATION SEMINARS

The Board is providing the following seminars on the topic of work-relatedness.

Place	Date
Hamilton	October 3
London	October 4
Windsor	October 5
Toronto	October 9, 10
ECG	October 11
Ottawa	October 16
Thunder Bay	October 17
Sudbury	October 18

To receive these papers or to register for one of these seminars, please fax your name, address, and telephone number to the *Operational Policy Branch* at 416-927-4995, or telephone 416-927-3424.

Space may be limited, so please register early.

Upon registration, attendees will be informed of the location and times of the seminars.

SEANCES DE CONSULTATION

ENONCE DE POLITIQUE SUR LES FACTEURS DE STRESS AU TRAVAIL

LIENS DE CAUSALITE AVEC LE TRAVAIL

En septembre 1988, le conseil d'administration a fait part de ses commentaires relativement à son examen de la décision n° 72 du TAAAT, conformément à l'article 86n de la Loi. Au cours de cet examen, le conseil d'administration a soulevé, mais n'a pas réglé, la question relative à l'élément de preuve voulu pour montrer le lien de causalité avec le travail. Le conseil d'administration a chargé les administrateurs de la Commission d'effectuer un examen de la politique relative aux éléments de preuve voulus et, à la suite des consultations externes nécessaires, d'élaborer un énoncé de politique au sujet de ces éléments.

Au cours de l'élaboration de cet énoncé de politique, les administrateurs de la Commission ont établi qu'il fallait premièrement examiner à fond la question suivante : Quel type de lien doit être établi entre le travail et l'accident pour qu'un travailleur soit admissible à des indemnités en vertu de la Loi? Essentiellement, le conseil d'administration tentait de définir l'expression <<survenant du fait de>>.

En avril 1990, un document de travail sur les liens de causalité avec le travail a été élaboré pour le conseil d'administration dans l'intention de le soumettre au groupe de consultation externe de la Commission et de le distribuer à toutes les personnes intéressées qui en feront la demande. Par conséquent, le groupe de consultation externe se réunira en octobre 1990 pour traiter de cet énoncé.

Afin de favoriser les discussions et de débattre une question aussi fondamentale que celle concernant l'expression <<survenant du fait de>>, des séances de consultation seront également tenues en octobre 1990 (voir le tableau sur les séances de consultation spéciales). Un compte rendu des délibérations sera rédigé et transmis en novembre 1990 à tous ceux qui en feront la demande et à toutes les personnes qui auront participé à ces séances.

Par ailleurs, la date limite pour soumettre des commentaires écrits sur le document de travail a été fixée au 4 février 1991; après quoi, la Commission rédigera l'intention du conseil d'administration un rapport sur les commentaires émis lors de ces consultations.

La Commission tient des séances de consultation spéciales sur les liens de causalité avec le travail. Ces séances auront lieu aux dates et aux endroits suivants :

Endroit	Date
Hamilton	le 3 octobre
London	le 4 octobre
Windsor	le 5 octobre
Toronto	les 9 et 10 octobre
Groupe de consultation externe	le 11 octobre
Ottawa	le 16 octobre
Thunder Bay	le 17 octobre
Sudbury	le 18 octobre

Pour vous inscrire à l'une de ces séances, veuillez faire parvenir votre nom, adresse et numéro de téléphone par télécopieur à la Direction des politiques administratives au 416-927-4995 ou par téléphone au 416-927-3424. Le nombre de places étant limité, veuillez vous inscrire aussitôt que possible. Au moment de leur inscription, les participants seront informés de l'horaire des séances et de l'endroit où elles se tiendront.

* Voir <<Workplace Stressors>>, Bulletin des politiques, Vol. 2, No 3, juillet 1989.

En février 1989, le conseil d'administration a distribué un document de travail intitulé <<Compensation for Chronic Occupational Stress>>. Après avoir pris note d'un rapport résumant les commentaires émis lors des consultations tenues sur ce document, le conseil a ordonné qu'un exposé des alternatives intitulé <<Indemnisation des cas d'invalidité résultant de facteurs de stress au travail>> soit distribué aux personnes concernées*, aux fins de consultation. À la suite d'une nouvelle période de consultation, le conseil d'administration a examiné un énoncé de politique visant à établir s'il existait un lien de causalité entre les demandes d'indemnités pour facteurs de stress au travail et le milieu de travail. Puisque cet énoncé de politique, intitulé <<Indemnisation des cas d'invalidité>>, renferme une nouvelle façon d'étudier les demandes d'indemnités pour facteurs de stress au travail, le conseil d'administration a décidé de tenir une autre séance de consultation pour s'assurer que toutes les personnes concernées par ce sujet ont l'occasion d'étudier cet énoncé et de formuler des commentaires. Comme c'est le cas pour le document portant sur les liens de causalité avec le travail (voir document connexe sur ce sujet), cet énoncé de politique a été élaboré dans l'intention de le transmettre au groupe de consultation externe de la Commission. En outre, cet énoncé sera acheminé à ceux qui en feront la demande ou qui auront présenté des commentaires écrits sur l'exposé des alternatives. La date limite pour soumettre des commentaires écrits sur cet énoncé de politique a été fixée au 4 février 1991.

ALLOCATIONS VESTIMENTAIRES

(suite de la page 5)

TYPE D'APPAREIL	DÉFINITION	ALLOCATION ANNUELLE MAXIMALE PAR APPAREIL	
		Membre supérieur	Membre inférieur
Prothèse ²	Membres/accessoires/appareils artificiels (par. 52 (2))	223,15 \$	446,31 \$
Fauteuil roulant	Une prothèse au sens de la Loi	446,31 \$	
Appareil ³ pour le dos orthopédique	Forme rigide (p. ex., plastique rigide avec tiges d'acier) servant à soutenir le dos	446,31 \$	
Collier ³ cervical	Un appareil orthopédique pour le dos au sens de la Loi		
Supports lombaires	Ceinture de toile/corset avec tiges rigides pour soutenir le dos.	446,31 \$	

REMARQUES :

- Exception faite des gantelets pour le poignet, des béquilles avant-bras et des colliers cervicaux mous.
- Une prothèse, à la suite d'une amputation, doit être portée au niveau de la cheville ou au-dessus de la cheville, ou au niveau du poignet ou au-dessus du poignet.
- Le travailleur doit avoir porté un appareil orthopédique pour le dos ou pour le cou pendant une année complète après avoir bénéficié du MSM et doit en confirmer l'usage fréquent. Le paiement des allocations peut être rétroactif à la date où le travailleur a bénéficié du MSM, ou à la date où il a porté cet article pour la première fois, selon la plus tardive de ces dates.

MODIFICATION DU PROGRAMME RELEVANT DU

PARAGRAPHE 91 (7) (suite de la page 4)

paragraphe 91 (7), la Commission revient à l'échelle de 50 à 100 pour cent.

Les changements apportés au programme relevant du paragraphe 91 (7) s'appliqueront aux surcharges émises en vertu du paragraphe 91 (7) en 1990; ces surcharges, qui concernent les coûts d'accidents et la fréquence des accidents pour les années

1988, 1989 et 1990, sont censées être émises d'ici la fin de 1991.

Le financement du programme relevant du paragraphe 91 (7) sera autosuffisant; les fonds recueillis serviront à payer le coût des évaluations effectuées dans le cadre du programme Sécurité avant tout et le solde sera réparti entre les employeurs d'un même groupe de taux.

Le Bulletin des politiques est publié sous l'autorité et la direction du Service de l'élaboration des politiques et des programmes de la Commission des accidents du travail. S'il y a contradiction entre les déclarations contenues dans cette publication et la Loi sur les accidents du travail et/ou les politiques approuvées de la Commission, c'est à la Loi ou aux documents approuvés qu'il faut se référer.

Vous adresser vos questions ou commentaires à :

Directrice,
Bulletin des politiques
Service de l'élaboration des politiques
et des programmes
Commission des accidents du travail
22^e étage
2, rue Bloor Est
Toronto (Ontario)
M4W 3C3

Production graphique :
personnel de bureau

Saviez-vous

que...

La politique provisoire de la Commission sur le paiement des intérêts en cas de versement en retard des indemnités (*Bulletin des politiques*, mai 1989, Vol. 2, N° 2) a été modifiée et est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1990. Cette politique prévoit le paiement d'intérêts sur les indemnités versées en retard, occasionnant ainsi une perte de salaire pour les travailleurs blessés (ou leurs survivants à charge, en vertu du paragraphe 36).

Les travailleurs qui ont droit à des intérêts sur leurs indemnités versées en retard sont ceux dont la demande a été enregistrée :

- avant le 1^{er} janvier 1990 et dont le versement en retard des indemnités résulte de l'infirmité par le commissaire d'audience ou le Tribunal d'appel des accidents du travail des décisions relatives à l'indemnisation à compter du 6 janvier 1989;
- le 1^{er} janvier 1990 ou après cette date et qui compte des paiements en retard.

Cette politique a pour but de remettre le travailleur dans la même situation financière que celle dans laquelle il aurait été si la décision appropriée avait été prise au niveau des agents d'indemnisation.

BULLETIN DES POLITIQUES

ALLOCATIONS VESTIMENTAIRES

Déclaration de principes

<<Une allocation vestimentaire peut être accordée pour le remplacement ou la réparation de vêtements usés ou endommagés parce que le travailleur porte une prothèse à un membre inférieur ou supérieur, un appareil orthopédique pour le dos ou une attelle à la jambe, ou lorsqu'il utilise un fauteuil roulant, en raison d'une invalidité permanente, après avoir bénéficié au maximum de services de réadaptation médicale, et lorsque les renseignements versés au dossier confirment que l'usage d'une prothèse ou d'un appareil est autorisé par la Commission des accidents du travail ou que celle-ci fournit au travailleur cette prothèse ou cet appareil. >>*

Versement

Si toutes les conditions sont remplies, la Commission accorde l'allocation vestimentaire, dont les versements seront rétroactifs à la date où le travailleur a porté l'appareil pour la première fois, ou à la date où il a bénéficié de MSRM, selon la plus tardive de ces deux dates. Les allocations vestimentaires suivantes sont accordées une fois par année.

Allocation partielle

Le travailleur peut avoir droit à une allocation partielle s'il ne porte son appareil qu'à temps partiel. Si l'employeur fournit gratuitement au travailleur des uniformes ou des vêtements de travail, la Commission peut accorder un montant ne dépassant pas 50 pour cent de l'allocation vestimentaire maximale.

Calcul de l'allocation

Le montant de l'allocation intégrale ou partielle prend la forme d'un pourcentage de l'allocation maximale, établi en fonction du nombre d'heures par semaine pendant lesquelles le travailleur porte son appareil. (Voir tableau ci-dessous). * Procès-verbal n° 1, 30 janvier 1990, page 86

Heures par jour	JOURS PAR SEMAINE				
	3	4	5	6	7
6+	50 %	75 %	100 %	100 %	100 %
5	50 %	75 %	100 %	100 %	100 %
4	-	50 %	75 %	100 %	100 %
3	-	-	50 %	50 %	75 %
Pourcentage de l'allocation maximale					

Admissibilité

- Toutes les conditions suivantes doivent être remplies :
- le travailleur doit avoir bénéficié au maximum des services de réadaptation médicale (MSRM);
 - le travailleur doit toucher une pension pour déficience permanente (autrefois connue sous le nom de <<pension d'invalidité permanente >>);
 - la Commission doit avoir autorisé et/ou fourni les appareils;
 - le travailleur doit soumettre une demande écrite tous les ans, à la date d'anniversaire de sa pension et attester de l'usage de l'appareil et des dommages causés à ses vêtements;
 - le travailleur a porté l'appareil pendant une année complète après avoir bénéficié du MSRM.

Depuis le 1^{er} avril 1990, l'allocation vestimentaire couvre les vêtements endommagés par chaque prothèse, appareil orthopédique ou attelle que porte le travailleur blessé et que la Commission a autorisé. (Voir tableau à la page 6). Jusqu'ici, la Commission majorait l'allocation de 25 pour cent pour une prothèse aditionnelle à un membre supérieur et de 50 pour cent pour une prothèse additionnelle à un membre inférieur.

SÉCURITÉ AVANT TOUT



Trente-deux employés de l'Ontario se sont vu accorder des rabais sur leur cotisation dans le cadre du programme SÉCURITÉ AVANT TOUT* de la Commission, en reconnaissance de leur rendement exemplaire en matière de santé et sécurité.

Le programme SÉCURITÉ AVANT TOUT, qui a été lancé l'année dernière à titre de projet pilote pour évaluer le niveau de santé et de sécurité au travail, offre des primes d'encouragement aux employés de l'annexe 1 et les incite à améliorer leur programme de santé et de sécurité au travail. Les employés peuvent avoir droit à un rabais allant jusqu'à 100 000 \$, selon le montant de leur cotisation.

Ce projet, qui a été prolongé jusqu'en décembre 1990, a récemment subi quelques modifications. Les employés ne sont plus obligés de poser leur candidature aux rabais prévus par le programme. D'ici là, l'aide d'un nouveau programme informatique, la Commission identifie ceux qui peuvent être admissibles à un rabais. La Commission s'attend à ce que 33 000 employés puissent être admissibles au programme SÉCURITÉ AVANT TOUT. Tous ceux qui seront sélectionnés recevront un avis leur demandant s'ils veulent participer au programme.

Par ailleurs, les employeurs peuvent maintenant recevoir un rabais ou une surcharge non seulement dans le cadre du programme SÉCURITÉ AVANT TOUT, mais également dans le cadre d'une méthode de tarification par incidence. En vertu de l'ancien système, les employeurs n'étaient admissibles qu'à un programme à la fois.

Pour de plus amples renseignements, veuillez contacter le coordinateur du programme

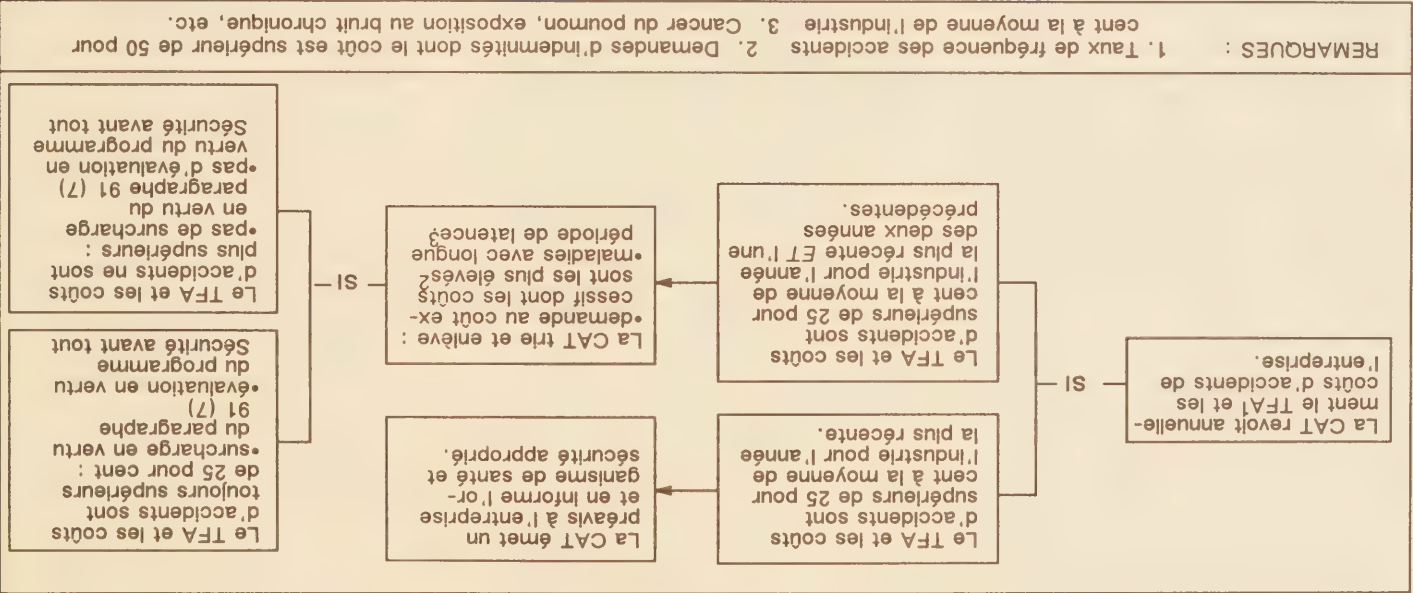
SÉCURITÉ AVANT TOUT, Commission des accidents du travail, 2, rue Bloor Est,

Toronto (Ontario) M4W 3C3
N° de téléphone : (416) 927-4349 ou 927-4340

* Voir SÉCURITÉ AVANT TOUT, Bulletin des politiques, Vol. 2,

N° 1, mars 1989.

MODIFICATION DU PROGRAMME RELEVANT DU PARAGRAPHE 91 (7)



Grâce aux commentaires obtenus lors de consultations externes, des changements récents ont été apportés au programme relevant du paragraphe 91 (7) de la Loi pour en rendre l'application plus juste et plus cohérente. Dorenavant, les premières surcharges peuvent être moins élevées et avec le nouveau <<préavis >> figurant dans le programme, les employeurs reçoivent de l'aide supplémentaire pour éviter les surcharges.

En vertu du paragraphe 91 (7) de la Loi, la CAT impose des surcharges aux employeurs dont la fréquence des accidents et les coûts d'accidents sont constamment élevés. Cette méthode a pour but de :

- pénaliser les employeurs dont la fréquence des accidents et les coûts d'accidents sont constamment élevés. Cette méthode a pour but de :
- faire pression sur ces employeurs pour qu'ils améliorent leurs programmes de sécurité;
- épargner aux autres employeurs du même groupe de taux la responsabilité injuste d'une cotisation plus élevée.
- Si le taux de fréquence des accidents et les coûts d'accidents réels

d'une entreprise pour l'année la plus récente sont supérieurs de 25 pour cent à la moyenne de l'industrie, la Commission émet un préavis indiquant à l'employeur qu'il a franchi la première étape conduisant à une surcharge. La Commission en informe également l'organisme de santé et de sécurité approprié.

Ceci permet à l'employeur d'améliorer sa situation en matière de santé et de sécurité et d'éviter une surcharge.

Si les coûts d'accidents et le taux de fréquence des accidents d'une entreprise sont supérieurs de 25 pour cent à la moyenne de l'industrie pour l'année la plus récente, et de même au cours de l'une des deux années précédentes (p. ex., le relevé de 1990 est élevé ainsi que celui de 1988 ou de 1989), l'employeur répond aux critères donnant lieu à une surcharge en vertu du paragraphe 91 (7). Afin de bien évaluer les coûts d'accidents d'une entreprise aux fins du paragraphe 91 (7), les éléments suivants sont triés du dossier de l'entreprise :

- des demandes au coût excessif; des maladies avec longue période de latence;
- Ces coûts n'entrent pas dans les calculs effectués en vertu du paragraphe 91 (7).

Une demande au coût excessif est une demande dont le coût est supérieur de 150 pour cent à la moyenne de l'industrie. Le coût total de la demande au coût excessif la plus élevée est annulé, puis le coût élevé d'un seul accident n'est pas toujours le signe d'un relevé d'accidents constant. Si, une fois les coûts d'indemnisation susmentionnés enlevés, l'employeur répond toujours aux critères du paragraphe 91 (7), une surcharge lui est imputée et des dispositions sont prises pour que soit effectuée une évaluation dans le cadre du programme Sécurité avant tout.

La surcharge initiale se situe entre 50 et 100 pour cent de la cotisation de l'employeur, selon le rendement. Puis, chaque année où l'employeur répond aux critères du paragraphe 91 (7), cette surcharge est augmentée de 25 pour cent jusqu'à ce qu'elle atteigne le maximum de 225 pour cent. Si l'employeur passe six années consécutives sans se voir imputer de surcharges en vertu du

POLITIQUES RÉCENTES SUR LA RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE (RP)

(suite de la page 2)

d'indemnisation l'oriente vers l'agent de RP en vue d'une évaluation aux fins de RP. Lorsque l'agent de RP détermine que le travailleur a besoin de services de RP, il ouvre un dossier à cet effet et offre formellement des services de RP au travailleur.

Orientation aux fins de réadaptation sociale

La Commission fournit des services d'orientation en matière de réadaptation sociale au travailleur qui :

- a subi un bouleversement marqué au niveau de ses activités quotidiennes, à la suite d'une déficience reliée au travail; ou
- a besoin de services d'orientation intensifs en préparation pour la réadaptation professionnelle ou sociale, afin qu'ils puissent élaborer, dresser, rédiger un programme de RP et y participer;
- à l'aide des services de consultation, résoudra ou allégera probablement les problèmes sociaux découlant de sa déficience reliée au travail.

Programmes de RP

Une fois que l'agent de RP est convaincu de la nécessité d'un programme de RP, il élabore un tel programme en compagnie du travailleur blessé, de l'employeur, et si possible, du médecin traitant. Afin d'obtenir des renseignements sur les capacités physiques et professionnelles d'un travailleur, un agent de RP peut prendre

USAGE EXCESSIF DE DROGUES

Il arrive parfois que des préoccupations soient exprimées dans un dossier à l'effet qu'un travailleur blessé fasse usage d'une quantité importante de narcothiques ou de drogues réglementées pour les mêmes drogues. Comme il est de sa responsabilité de favoriser le rétablissement des travailleurs blessés, la Commission des accidents du travail contactera le travailleur blessé et le médecin concerné pour qu'ils puissent s'assurer tous les deux qu'il n'enfreignent ni la Loi sur les stupéfiants ni la Loi sur les aliments et drogues.

Programmes d'affection temporaire

Le programme d'affection temporaire aide le travailleur blessé à passer progressivement de sa période d'invalidité à un travail modifié, pour satisfaire éventuellement les objectifs de RP. Un tel

Les tests d'aptitudes professionnelles consistent en une série d'épreuves destinées à évaluer la fonctionnement cognitif d'une personne, son niveau de scolarité, ses intérêts, ses aptitudes et ses traits de caractère.

Les évaluations générales mesurent les capacités fonctionnelles et l'endurance des diverses fonctions; lors de la sélection d'un emploi adapté, ces évaluations servent de guide lorsqu'un travailleur peut trouver un travail spécifique ou lorsqu'il faut effectuer une recherche d'emploi.

Évaluations des capacités fonctionnelles (ECF)

Les ECF mesurent les capacités fonctionnelles et les restrictions d'un individu par rapport au travail. Les évaluations peuvent avoir une portée spécifique ou générale.

Périodes d'essai de travail

D'une durée de deux semaines, en général, ces périodes d'essai, qui constituent en fait une affectation chez un employeur, permettent de déterminer quel type d'emploi convient au travailleur.

programme permet au travailleur de s'améliorer sur le plan physique et d'acquérir des aptitudes professionnelles en accomplissant de véritables tâches reliées au travail. Le travailleur, l'employeur et l'agent de RP déterminent ensemble la durée du programme (qui généralement, ne dépasse pas 8 semaines), la progression des heures et/ou des semaines de travail et les tâches à effectuer. Les coûts sont partagés entre la Commission et l'employeur, pendant la durée du programme, l'employeur paye au moins 50 pour cent du salaire hebdomadaire de départ de cet emploi.

Formation en cours d'emploi

Si le travailleur ne peut participer à une période d'essai de travail ou s'il y a déjà pris part, un programme de formation en cours d'emploi peut lui être offert dans le cadre de son programme de RP, dans la mesure où la déficience reliée au travail l'empêche de retourner à son emploi d'avant l'accident. Ce genre de programme a pour objectif d'aider le travailleur à retourner au travail en lui fournissant des compétences de travail monnayables.

RP à l'intention des conjoints survivants

La Commission aide les conjoints survivants à réintégrer le marché du travail pour qu'ils se trouvent un emploi qui convient à leurs aptitudes, leur expérience, leur éducation et leur âge, en fonction du nombre d'emplois disponibles dans leur région.

La Commission peut également offrir des services de réadaptation sociale aux conjoints survivants pour les aider à s'adapter à leur vie familiale et sociale.

Avez-vous changé d'adresse?

Pour nous assurer que vous recevez bien chaque exemplaire et pour maintenir nos fichiers à jour, nous devons garder notre système de distribution à jour. Veuillez donc communiquer tout changement d'adresse postale au : Responsable de la distribution des manuels, Publications des politiques, Commission des accidents du travail, 2, rue Bloor Est, 22^e étage, Toronto (Ontario) M4W 3C3 (416) 927-4941

L'abonnement au Bulletin des politiques est gratuit sur demande à l'adresse susmentionnée.

QUESTION EN LITIGE

(suite de la page 1)

Ci-dessous sont énoncés certains des litiges soulevés par les travailleurs et les employeurs.

Indemnisation initiale

- S'est-il produit un accident qui a entraîné des lésions corporelles ou causé la mort?

- L'accident est-il survenu du fait et au cours de l'emploi?

- Le travailleur est-il réputé un <<travailleur>> au sens de la Loi?

Indemnisation prolongée

- Le travailleur est-il toujours atteint d'invalidité?

- L'interruption de travail résulte-t-elle de l'accident?

- Le travailleur est-il atteint d'une déficience permanente?

- Dans quelle mesure le travailleur est-il atteint d'une déficience permanente?

Montant des indemnités

- Le montant des gains moyens bruts est-il bien calculé?

- Le montant des gains moyens nets est-il bien calculé?

- Dans quelle mesure la capacité de gain du travailleur est-elle diminuée par l'invalidité reliée au travail?

Transfert des coûts

- Les coûts devraient-ils être imputés au Fonds de garantie pour travailleurs réintégrés?

- Le calcul du transfert des coûts est-il exact?

Personnes à charge

- La personne est-elle réputée un <<conjoint>> ou une <<personne à charge>> au sens de la Loi?

- Y a-t-il un lien de <<membre de la famille>>?

Réadaptation médicale et professionnelle

- Le travailleur a-t-il négligé de participer à un programme de réadaptation médicale ou professionnelle ou d'être disponible pour suivre un tel programme?

- Le travailleur a-t-il négligé d'accepter un emploi ou d'être disponible pour prendre un emploi approprié?

Avantages sociaux

- L'employeur est-il obligé de continuer de payer sa part des avantages sociaux?

La Commission a élaboré une grille indiquant aux agents d'indemnisation à quel moment ils peuvent orienter un travailleur blessé vers

Orientation aux fins de RP

La Commission aide le travailleur à retrouver un salaire comparable à celui qu'il aurait gagné s'il n'avait pas eu d'accident.

Salaire

- indépendance eu égard aux décisions relatives à l'indemnisation;
- programme de RP axé sur des objectifs;
- services accessibles, opportuns et intensifs.

POLITIQUES RÉCENTES SUR LA RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE (RP)

La Loi 162, qui est entrée en vigueur le 2 janvier 1990, a modifié intégralement la prestation de services de RP de la Commission. Ce changement constitue un complément de la stratégie de la Commission qui vise à retourner les travailleurs blessés au travail le plus rapidement possible après un accident de travail. Les principaux points contenus dans ces modifications législatives sont présentés ci-dessous :

Principes directeurs

- intervention rapide appropriée;
- pleine collaboration de toutes les personnes directement touchées par l'accident;

- Le travailleur a-t-il continué de payer sa part des avantages sociaux?

Réembauchage

- Existe-t-il une obligation de réembaucher?
- L'obligation de réembaucher a-t-elle pris fin?

- Le travailleur est-il en mesure d'effectuer les tâches essentielles de son emploi d'avant l'accident ou un emploi approprié?

- L'adaptation du travail ou du milieu de travail aux besoins du travailleur va-t-elle causer des difficultés injustifiées à l'employeur?

Indemnités pour perte non économique

- Le degré de déficience permanente est-il bien calculé?

Indemnités pour perte économique

- Le calcul des gains estimatifs du travailleur est-il exact?

- Le travailleur est-il admissible à un supplément?

Questions de procédure

- Le délai de prescription relatif au choix de poursuivre une tierce partie a-t-il expiré?

(suite en page 3)

La Commission a récemment révisé sa définition du terme «litige», telle qu'elle se rapporte à l'accès aux dossiers en vertu de l'article 77 de la Loi sur les accidents du travail. La nouvelle définition se lit comme suit :

<<Un litige existe lorsqu'un travailleur, une personne admissible à des indemnités en vertu de l'article 36, un employeur ou un représentant dûment autorisé d'une de ces personnes conteste ou entend contester un aspect particulier d'une décision écrite prise par une instance de la Commission. >>

Sur le plan de l'accès aux dossiers, cette nouvelle définition vise deux objectifs : elle respecte le droit de l'employeur d'engager une contestation et le droit du travailleur à la protection de renseignements personnels.

L'employeur n'est plus obligé d'élever une contestation formelle pour qu'il y ait litige et qu'il obtienne l'accès au dossier.

Envisager une contestation

Dorénavant, l'employeur n'a qu'à manifester son intérêt de contester une décision pour qu'il y ait litige. Ce changement reconnaît que l'employeur peut avoir besoin d'étudier le dossier avant de décider s'il veut élever une contestation formelle.

Identification du litige

Dans tous les cas, l'employeur doit identifier le litige par écrit ou dans un formulaire de demande d'accès au dossier de la Commission. Si

Déclaration de principes

Commission a réexaminé les dispositions du paragraphe 77 (7) qui (1) maintiennent le droit de l'employeur d'examiner les rapports médicaux pertinents (dans le cas d'un litige) et (2) obligent l'employeur à enlever tous les renseignements qui identifieraient un travailleur.

La nouvelle politique de la Commission et la procédure s'y rapportant entreront en vigueur le 1^{er} juin 1990.

<<L'employeur ou son représentant tant autorisé peuvent avoir accès aux rapports médicaux d'un travailleur en vertu du paragraphe 77 (3) de la Loi. Les représentants doivent avoir préalablement soumis un formulaire d'autorisation signé par l'employeur. L'employeur et son représentant ne doivent pas divulguer ces renseignements avant d'en avoir enlevé tous ceux qui identifieraient le travailleur. >>*

<<L'employeur ou son représentant tant qui a accès à des copies de dossiers de la Commission ne divulgue pas les renseignements médicaux qui s'y trouvent, sauf dans une formule conçue de façon à empêcher que les renseignements divulgués identifient un travailleur ou un cas donné. >>

L'analyse effectuée par la Commission a amené une réflexion sur la façon de prévenir la divulgation de l'identité d'un travailleur à une tierce partie. Par conséquent, la

PROTECTION DE L'IDENTITÉ DU TRAVAILLEUR

(Voir article complémentaire intitulé «Protection de l'identité du travailleur >>).

La définition spécifique que la contestation ou l'éventuelle contestation doit concerner un aspect d'une décision écrite >>. Or, cette expression ne se rapporte pas exclusivement aux lettres conventionnelles relatives aux décisions défavorables mais également à toute communication écrite conflictuelle.

* Procès-verbal n° 1, le 21 mars 1990, page 88

Décision écrite

L'employeur n'utilise pas ce formulaire, il doit fournir tous les renseignements qui seraient autrement obtenus à l'aide de ce formulaire. En précisant le litige, la Commission peut localiser les documents s'y rapportant et s'assurer ainsi que les renseignements fournis respectent la vie privée du travailleur.

Dorénavant, les employeurs doivent rendre anonymes les rapports médicaux du travailleur avant d'en divulguer le contenu à leurs médecins consultants.

Avant de remettre les rapports médicaux, le personnel de la Commission qui s'occupe de la divulgation des renseignements contenus dans les dossiers doit s'assurer que les représentants des employeurs sont dûment autorisés à en obtenir une copie. Les employeurs seront avisés des restrictions et des amendes qui se rapportent à toute divulgation subséquente. Enfin, si le travailleur peut fournir des motifs pour lesquels l'employeur ne devrait pas avoir accès aux rapports médicaux, la Commission peut obliger l'employeur à consulter ces documents dans les locaux de la Commission seulement.

* Procès-verbal n° 2, le 21 mars 1990, page 88

Sommaire

Politiques récentes sur la RP 2

91 (7)

4

Allocations vestimentaires 5

CA20N
L 90
P56

POLICY REPORT

Workers'
Compensation
BoardCommission
des accidents
du travailAugust 1990
Vol. 3 No. 3

Coverage For Non-residents

On September 1, 1990 the Board will put into effect a new policy governing when workers and employers who are not resident in Ontario are covered under the Ontario workers' compensation system.

POLICY

A non-resident employer who employs an Ontario resident to work in Ontario is an "employer" under the *Act*. In all other cases, a non-resident worker or non-resident employer must have a substantial connection with Ontario in order to come within the scope of the *Act*.

Non-Resident Workers

A worker who is working in Ontario, but who is not living here, will be covered by the workers' compensation system if the worker has a substantial connection with Ontario. In most cases, in determining whether a worker has a substantial connection, the major consideration will be the amount of time that the worker has spent working in Ontario during the year immediately preceding the accident.

Generally:

- A worker who works in Ontario for 5 or fewer days in the course of a year **will not have** a substantial connection with Ontario.
- A worker who works in Ontario for 6 to 10 days in the course of a year **may have** a substantial connection with Ontario if the surrounding circumstances suggest that such a connection exists.
- A worker who works in Ontario for 11 or more days in the course of a year **probably will have** a substantial connection with Ontario.

Other circumstances to be considered include:

- Does the worker also make similar trips to other jurisdictions outside the home jurisdiction?

- Are trips to Ontario regularly scheduled or anticipated?
- Does the worker simply pass through Ontario, or actually perform employment functions in the province?
- Are the trips to Ontario strictly for employment purposes or do they also have a personal component?
- In what jurisdiction was the contract of employment made?
- Where is the worker paid?
- If Ontario residency status is doubtful, would the worker have coverage under workers' compensation legislation in another jurisdiction?

Non-Resident Employers

A **non-resident employer** who employs an **Ontario resident** to work in Ontario is an employer under the *Act*, regardless of the duration of the worker's Ontario employment.

A **non-resident employer** who employs a **non-resident worker** to work in Ontario will have a substantial connection with Ontario if the non-resident worker's Ontario employment for that employer is sufficient to create a substantial connection between that worker and Ontario. ☒

Consultation Invited

As part of the Board's continuing process of developing policies to implement the provisions of Bill 162, a new consultation paper has been developed regarding the provisions of s.45a. This new section of the *Act* deals with future loss of earnings benefits or, as it is sometimes referred to, wage loss benefits.

The paper sets out a general approach to s.45a, and specifically deals with individual issues such as the definition of a worker's "personal and vocational characteristics" and what constitutes "suitable and available employment".

Comments are invited about the paper which is available from the Operational Policy Branch by calling (416) 927-3424.

WHAT'S INSIDE

Discussion of
"Work-relatedness"

Proposal for Work-
relatedness in Workplace
Stressor Claims

Workers' Reports

Fines for Non-compliance
to Act Increased

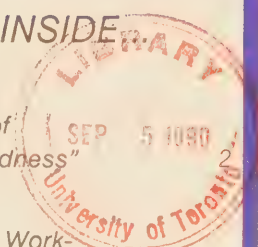
Update - CPD and
Retroactivity Policies

3

4

5

6



Discussion of "Work-relatedness"

Since the release of the Board of Directors review of the Workers' Compensation Appeals Tribunal (WCAT) Decision No. 72 in September 1988, Board administrators have been conducting a policy review to answer the question: What links must be established between employment and an accident for an injury to be considered work-related?

This question of "work-relatedness" comprises two key considerations:

- Did the accident occur in the course of the employment?

and

- Did the accident arise out of the employment?

In The Course Of Employment

A new definition of "in the course of" is set out in a policy applicable to accidents occurring on or after July 1, 1990. Decision-makers are now considering the criteria of **place, time, and activity** to determine if an accident occurred in the course of employment.

POLICY

"A personal injury by accident occurs in the course of employment if the surrounding circumstances relating to place, time, and activity indicate that the accident was work-related."

Board Minute #4, April 9, 1990, Page 89

Place

If a worker has a fixed workplace, an accident occurring at that workplace is generally considered to occur in the course of employment. If the accident takes place off the premises, it is generally considered not to have occurred in the course of employment, unless the worker is away from the workplace on behalf of the employer, and the accident occurs at a place where the worker is reasonably expected to be (e.g., on a client's premises).

Time

If a worker has fixed working hours, an accident that occurs during those hours or a reasonable period of time before or after those hours (e.g., before shift while the worker is getting ready to start work), is generally considered to have occurred in the course of employment. If a worker does not have fixed working hours or the accident occurs outside working hours, the other tests of place and activity are relied upon to determine if the "in the course of" requirement is met.

Activity

If an accident occurs while the worker is performing an employment duty or an activity reasonably incidental to (related to) the employment, the accident is generally considered to have occurred in the course of employment.

Briefly engaging in a personal activity does not always mean that the worker is not in the course of employment. To determine this, the decision-maker considers factors such as the

- duration of the personal activity
- nature of the personal activity, and
- extent to which the personal activity deviated from the worker's regular employment activities.

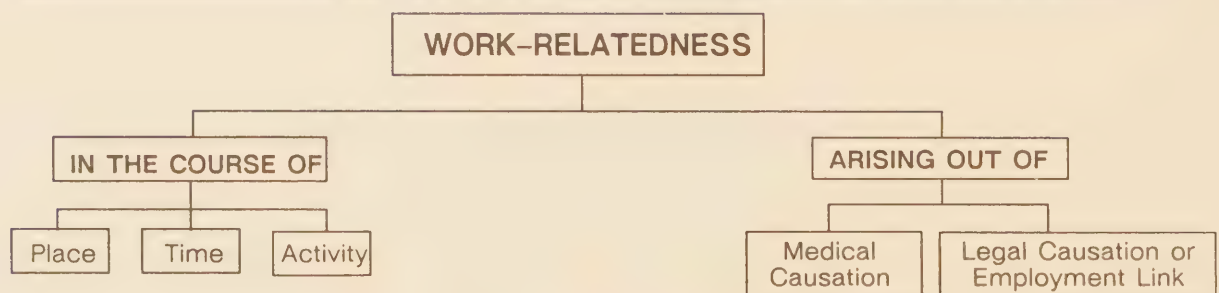
To determine whether an activity is incidental to the employment, the decision-maker takes into consideration the

- nature of the work
- work environment, and
- customs and practices of the particular workplace and the industry generally.

The relative importance of the three criteria of place, time, and activity varies depending on the circumstances of the accident. If the criteria of place and time are met, the accident is generally considered to occur in the course of employment, unless, at the time of accident, the injured worker was engaged in some non-work-related activity. In other cases, the decision-maker will consider the activity of the worker at the time of the accident to determine if it was work-related.

Arising Out Of Employment

The definition of "arising out of the employment" is currently under review. A discussion paper titled "Work-relatedness in the Workers' Compensation System" (April 20, 1990) has been widely distributed to solicit comments from external sources. *(continued on page 3)*



Discussion of "Work-relatedness"

(continued from page 2)

The paper suggests that the "arising out of" requirement means that the employment must make a significant contribution to the accident. To establish this connection, the decision-maker must establish both **medical causation** and **legal causation**. Both requirements must be met for an accident to be considered to have arisen out of the employment.

Medical Causation

The discussion paper states that a decision-maker should establish a medical relationship between the accident and the injury sustained by the worker. The decision-maker would consider that the employment made a medically significant contribution to the accident if there is a plausible connection between the employment and the injury, unless evidence also indicates that the injury would have developed or occurred in the same general timeframe without the employment contribution.

Legal Causation

The discussion paper proposes that in determining whether legal causation is established, the question to be answered is whether the risk of injury to which the worker was exposed was a risk of the worker's employment, or some personal factor.

If no personal factor contributed to the accident, then any employment contribution will mean the employment has made a significant contribution. If there is a contribution by personal factors, the employment must contribute to an increased risk of the accident happening such that the exposure or condition at work was greater than that in the everyday non-employment life of the average person.

(continued on page 4)

Proposal For Work-relatedness In Workplace Stressor Claims

According to the WCB's **policy proposal** for compensating workplace stressor claims some aspects of the adjudicative process, such as establishing that a disability exists, could be resolved with relative certainty because decision-makers will be able to rely on a medical, preferably psychiatric, diagnosis. The paper says that the most persuasive evidence a decision-maker will receive is a diagnosis of a psychiatric disorder in accordance with generally accepted psychiatric terminology.

Establishing the nature of workplace and non-workplace stressors could also be accomplished with some certainty, but the challenge, according to the proposal, "is how to establish work-relatedness where there is great uncertainty...about the relative contribution of potentially many factors to the development of a disability".

The policy proposal, which is based on legal and medical tests for establishing work-relatedness (see companion article, Discussion of "Work-relatedness"), provides a framework for establishing legal and medical causation which will assist decision-makers determine whether the disablement was work-related.

Legal Causation

According to the proposal, the employment must have made a significant contribution to the injury. If non-work-related stressors may have contributed to the development of the disability, the level of the employment stressors must have been greater than those experienced in the non-employment life of the average person to meet the standard of legal causation. Here, the stressors of work and the stressors of everyday life are compared.

What if no comparison can be made because no comparable event or condition exists in non-employment life?

In these cases, decision-makers must consider the level of stressor faced by the disabled worker and that of the average worker.

Medical Causation

For the decision-maker to determine medical causation, the employment must have made a medically significant contribution to the disability. The policy proposal suggests that the decision-maker must first determine that there is a plausible connection between the disability and the workplace stressors and then determine whether the disability would have developed if the workplace stressors had not contributed to it. To make this determination, the decision-maker will rely on medical evidence.

Evidence of Disability

In addition to the medical and legal tests of work-relatedness, there must also be evidence of a disability. As stated earlier, a psychiatric diagnosis would be the most persuasive evidence. "For example," the paper states "a diagnosis according to the American Psychiatric Association's *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders* would meet this standard".

Furthermore, a "worker must present a clinical picture of sufficient severity to warrant a diagnosis of a psychiatric disorder". Without this requirement, workers who are angered or upset by a workplace event, but are not disabled by it, might consider themselves eligible for compensation.

This policy proposal is being circulated for external consultation. Copies can be obtained from Policy Publications. February 4, 1991 is the final date for written submissions. ☐

Workers' Reports

Now due to Bill 162 provision of vocational rehabilitation and reinstatement services, there is an even greater need than before for injured workers to submit claim information to the WCB without delay. To help obtain the information required and to provide timely and effective services, the WCB has revised the form, *Worker's Notice of Injury or Disease*, commonly referred to as Form 6.

Form 6 allows workers to:

- make a formal claim for compensation,
- provide their own description of their usual job duties, and
- describe how their injury limits their ability to do the job.

Although the Form is not necessarily essential to determining **initial entitlement**, the Board's decision-making capacity is enhanced when it is on file. Details of the worker's job duties and medical restrictions resulting from the injury enable decision-makers to define, very early in the claim, the worker's anticipated vocational rehabilitation needs.

While the Board's registration staff are responsible for automatically sending the Form 6 to each injured worker at the time of claim registration, it is the worker who is responsible for completing and submitting it. To confirm the importance of the information requested on the Form 6, it is clearly stated on the form that failure to return it may delay compensation, other benefits, and the worker's rights under s.54a. to consideration for vocational rehabilitation services.

Two Stages of Entitlement

Temporary compensation payments are made in 2 entitlement stages:

Entitlement Benefits Stage

This is the period of time for which an injured worker can receive benefits without a completed Form 6 being on file.

Continued Benefits Stage

To receive benefit payments during this period, the worker must have completed and submitted a Form 6.

The maximum first payment to which a worker is entitled during the Entitlement Benefits stage is determined by counting the number of days from the day of accident to the day the claim is registered.

Claim Registration from Date of Accident	Maximum First Benefit Payment
1 - 7 Days	2 Weeks
8 - 14 Days	3 Weeks
15+ Days	4 Weeks

Example:

If the employer mails the accident report to the WCB 3 days after the accident and it is received on the 5th day, the claim could be registered on the 6th day at which time the Form 6 would be mailed, automatically, to the injured worker.

If the claim was then adjudicated on the 16th day, the decision-maker would be able to prepare and mail a maximum first benefit payment for 2 weeks entitlement on the 17th day after the accident.

To receive benefits beyond this initial Entitlement Benefits Stage, the decision-maker would have to receive the Form 6 from the worker.

Exceptions

So as not to create undue hardship, there are some exceptions to the foregoing rules.

If the nature of the injury temporarily prevents the worker from completing the Form 6, the requirement is waived. The Form 6 is obtained as soon as the worker is able to complete it.

If the worker has suffered an earnings loss in excess of 4 weeks prior to the registration of the claim, payment to date is appropriate but the Form 6 must be on file prior to further payments.

If payment limitation would cause undue hardship to the worker, 2 additional weeks of compensation may be authorized with the ISU Director's approval. The Form 6 must be on file prior to any further payment.

In the case of a fatality, no Form 6 is issued. ☒

Discussion of "Work-relatedness"

(continued from page 3)

Legal Causation (continued)

An example of this is a worker who has an epileptic seizure at work and is injured as a result. If the worker was standing on the floor at the time of the seizure and fell to the floor receiving a bump on the head, the accident would not be considered to have arisen out of the employment because the employment did not increase the risk. It can be assumed that the worker would have fallen on the floor anywhere and suffered the same injury. However, if the employment required the worker to climb ladders, and while doing so the worker had a seizure and fell 3 metres to the floor, the employment has contributed an increased risk and the accident would be considered to have arisen out of employment. ☒

Fines for Non-compliance to Act Increased

On March 31, 1990 the *Provincial Penalties Act, 1989* was passed, and it increased the maximum amount of fines in many sections of provincial legislation including the *Workers' Compensation Act* (the *Act*). A total of ten fines in the *Act* were increased as shown in the following chart.

SECTION	OBLIGATIONS	MAXIMUM FINE FOR NON-COMPLIANCE	
		<i>Old</i>	<i>New</i>
18(2)	Employer must not make deductions from workers' wages for expenses of workers' compensation.	\$ 50	\$ 10,000
52(9)	Employer must not receive contributions from workers for health care expenses related to workers' compensation.	\$ 50	\$ 10,000
69(2)	Employer must comply with rules of an approved accident prevention association.	\$ 50	\$ 10,000
97(6)	Employer must submit accurate payroll estimates and statements of wages when required.	\$ 500	\$ 25,000
99(3)	Employer must allow examination of books by authorized persons to ensure wages are reported correctly.	\$ 500	\$ 25,000
101(2)	Employer must allow safety inspection of premises by authorized persons.	\$ 500	\$ 25,000
102(2)	WCB staff must ensure privileged information is not divulged.	\$ 50	\$ 5,000
118(3)	WCB must secure sufficient funds from employers to pay assessments, in case of industry temporarily carried on.	\$ 200	\$ 25,000
	(Additional daily fines when in default.)	\$ 20	\$ 100
121(2)	Employer must report accidents on time.	\$ 200	\$ 25,000

If a party is found guilty of non-compliance with the *Act*, the court will determine the amount of the fine, subject to the maximum.

Update - CPD and Retroactivity Policies

The Board of Directors recently issued its determination regarding the s.86n review of the Workers' Compensation Appeals Tribunal decisions 915, 915A and other related decisions. This determination has led to some changes in the Chronic Pain Disorder policy and in the withdrawal of the general policy on retroactivity.

Effective immediately:

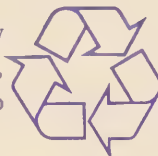
- "Chronic pain disorder" will be referred to as "chronic pain disability" (CPD).
- The CPD policy is no longer interim, but is permanent.
- The effective date of the CPD policy has been changed from the original date of July 3, 1987 to March 27, 1986.
- Once a pension has been set under the CPD Rating Schedule, and there is an identified organic condition and/or psychiatric condition of post-traumatic stress disorder or conversion disorder, adjudication staff must apportion the pension to reflect that part of the pension most appropriately attributable to the chronic pain disability.

The retroactivity date of March 27, 1986 applies only to the part of the pension that is attributable to the chronic pain disability, while the worker's impairment of earning capacity arising from the organic condition and/or the psychiatric condition of post-traumatic stress disorder or conversion disorder is fully retroactive to the date of the accident or onset of disability, whichever is later.

Board administrators will further review and report back to the Board of Directors on the following:

- the appropriateness of the "six months past normal healing time" as a threshold for applying the CPD policy
- the appropriateness of the rating schedules for CPD, post-traumatic psychiatric disorders, and fibromyalgia
- new proposals for criteria that may be applied in the future when deciding effective dates for a policy or change to a policy. ☐

Policy Report is now printed on acid-free, recycled paper at no extra cost.



-POLICY REPORT-

Policy Report is published under the authority and direction of the Operational Policy Branch of the Workers' Compensation Board. If there is any conflict between the statements contained in this publication and the *Workers' Compensation Act* and/or Board approved policy documents, the *Act* or the approved document governs.

Comments or inquiries should be addressed to:

Editor,
Policy Report,
Operational Policy Branch,
Workers' Compensation Board,
2 Bloor Street East, 22nd Floor,
Toronto, Ontario, M4W 3C3.

Graphic Production:
Graphics Services,
Communications.

Has your address changed?

To ensure you receive each issue, and to keep our mailing costs down, we need to keep our distribution system up-to-date. Please submit any changes in your mailing address to:

**Manuals Distribution Specialist,
Policy Publications,
Workers' Compensation Board,
2 Bloor Street East, 22nd Floor,
Toronto, Ontario, M4W 3C3
(416) 927-4941**

Subscriptions to **Policy Report** are free on request to this address.

Mise à jour – politiques sur les troubles de la douleur chronique et la rétroactivité


Le conseil d'administration a récemment fait part de ses commentaires relativement à son examen des décisions n° 915, 915A et autres décisions des accidents du travail, conformément au paragraphe 86n. Ces commentaires ont donné lieu à certaines modifications de la politique sur les troubles de la douleur chronique et au retrait de la politique générale sur la rétroactivité.

À compter d'aujourd'hui :

- L'expression <<troubles de la douleur chronique>> est remplacée par <<invalidité attribuable à la douleur chronique>> (IDC).
- La politique sur l'IDC est permanente et non plus provisoire.
- La date d'entrée en vigueur de la politique sur l'IDC est passée du 3 juillet 1987 au 27 mars 1986.
- Une fois que le taux d'une pension a été fixé en vertu du barème de taux pour IDC et qu'on identifie un trouble organique et/ou mental relié au stress post-traumatique ou à un trouble de conversion, le personnel de l'indemnisation doit réparer le montant de la pension de façon à indiquer quel montant de la pension correspond à l'invalidité attribuable à la douleur chronique. La date rétroactive du 27 mars 1986 ne s'applique qu'au montant de la pension qui est imputable à l'invalidité attribuable à la douleur chronique, tangible à la diminution de capacité de gain qui découle du trouble organique et/ou mental relié au stress post-traumatique ou à un trouble de conversion est rétroactif à la date de l'accident ou à la date de l'apparition de l'invalidité, selon la plus tardive de ces deux dates.

Les administrateurs de la Commission examineront et soumettront au conseil d'administration un rapport sur les points suivants :

- la justesse de l'expression <<six mois après la période de guérison normale>> comme seuil pour l'application de la politique sur l'IDC;
- la justesse des barèmes de taux utilisés dans les cas d'IDC, de troubles mentaux post-traumatiques et de fibromyalgie; nouvelles propositions relatives aux critères qui pourraient servir à l'avenir à déterminer la date d'entrée en vigueur d'une politique ou des modifications apportées à une politique. ☐



Le Bulletin des politiques est maintenant imprimé sur du papier recyclé, exempt d'acide et ce, sans frais supplémentaires.


Avez-vous changé d'adresse?

Pour nous assurer que vous recevez bien chaque exemplaire et pour réduire nos coûts d'envoi, nous désirons garder notre système de distribution à jour. Veuillez communiquer tout changement d'adresse postale au :

Responsable de la distribution des manuels

Publication des politiques –
Commission des accidents du travail
22^e étage
2, rue Bloor Est
Toronto (Ontario)
M4W 3C3
(416) 927-4941

L'abonnement au Bulletin des politiques est gratuit sur demande à l'adresse susmentionnée.



Le Bulletin des politiques est publié sous l'autorité et la direction du Service de l'élaboration des politiques et vice de l'élaboration des politiques et des programmes de la Commission des accidents du travail. S'il y a contradiction entre les déclarations contenues dans cette publication et la Loi sur les accidents du travail et/ou les politiques approuvées de la Commission, c'est à la Loi ou aux documents approuvés qu'il faut se référer.

Veuillez adresser vos questions ou commentaires à :

Directrice,
Bulletin des politiques
Service de l'élaboration des politiques
et des programmes
Commission des accidents du travail
22^e étage
2, rue Bloor Est
Toronto (Ontario)
M4W 3C3

Production graphique :
personnel de bureau

Augmentation des amendes pour infraction à la Loi

Le 31 mars 1990 a été adoptée la Loi de 1989 sur le rajustement des peines provinciales. En vertu de cette loi, le plafond des amendes imposées dans le cadre de nombreux articles de lois provinciales, y compris la Loi sur les accidents du travail (la Loi), a été augmenté. Au total, dix amendes de la Loi ont fait l'objet d'une augmentation, comme l'indique le tableau suivant.

PARAGRAPHE	OBLIGATION	AMENDE MAXIMUM DANS LE CAS D'INFRACTION
18 (2)	L'employeur ne peut retenir sur le salaire d'un travailleur une contribution au titre des dépenses relatives à son indemnisation.	50 \$ 10 000 \$
52 (9)	L'employeur ne peut recevoir d'un travailleur une contribution au titre des dépenses relatives aux soins médicaux reliés à l'indemnisation.	50 \$ 10 000 \$
69 (2)	L'employeur doit se conformer aux règlements d'une association de sécurité qui a été approuvée.	50 \$ 10 000 \$
97 (6)	L'employeur doit, au moment requis, soumettre une estimation et un état exacts des salaires.	500 \$ 25 000 \$
99 (3)	L'employeur doit permettre aux personnes autorisées de procéder à l'examen de livres pour vérifier si la déclaration des salaires est exacte.	500 \$ 25 000 \$
101 (2)	L'employeur doit permettre aux personnes autorisées de vérifier si les locaux sont sûrs.	500 \$ 25 000 \$
102 (2)	Le personnel de la CAT doit s'assurer que les renseignements confidentiels obtenus ne soient pas divulgués.	50 \$ 5 000 \$
118 (3)	La CAT doit obtenir des employeurs un montant suffisant pour payer les cotisations, dans le cas d'une industrie qui ne fonctionne que temporairement.	200 \$ 25 000 \$
	(Amende quotidienne supplémentaire en cas de défaut.)	20 \$ 100 \$
121 (2)	L'employeur doit, au moment requis, déclarer tout accident survenu.	200 \$ 25 000 \$

Dans le cas où une partie est reconnue coupable d'infraction à la Loi, le tribunal déterminera le montant de l'amende qui est assujettie au plafond.

Rapports des travailleurs

En raison des dispositions de la Loi 162 portant sur les services de réadaptation professionnelle et le renforcement, il est encore plus important que les travailleurs blessés soumettent sans délai à la CAT les renseignements relatifs à leur demande d'indemnités. Pour faciliter l'obtention des renseignements nécessaires et offrir des services efficaces et opportuns, la CAT a révisé le formulaire intitulé <<Avis d'accident ou de maladie professionnelle (travailleur)>>, communément appelé le formulaire n° 6.

Le formulaire n° 6 permet aux travailleurs de :

- présenter une demande d'indemnités en bonne et due forme;
- fournir leur propre description des tâches habituelles de leur emploi; et
- décrire dans quelle mesure leur lésion limite leur capacité d'effectuer le travail.

Même si ce formulaire n'est pas absolument nécessaire pour déterminer l'admissibilité initiale, le processus de prise de décision de la Commission est amélioré lorsque le formulaire figure au dossier. Les renseignements relatifs aux tâches du travailleur et aux restrictions médicales résultant de la lésion permettent aux décideurs de déterminer, peu de temps après la réception de la demande, les besoins éventuels du travailleur en matière de réadaptation professionnelle.

Même si le personnel de la Commission est tenu d'envoyer automatiquement un formulaire n° 6 à chaque travailleur blessé au moment de l'enregistrement de la demande, c'est au travailleur qu'il incombe de remplir et de retourner ledit formulaire. Pour souligner l'importance des renseignements demandés dans le formulaire n° 6, ce dernier stipule expressément qu'à défaut de retourner le formulaire, le versement des indemnités et autres prestations et l'admissibilité du travailleur aux services de réadaptation professionnelle en vertu du paragraphe 54 pourraient être retardés.

Deux niveaux d'admissibilité

Les indemnités temporaires sont versées à deux niveaux :

Admissibilité des demandes d'indemnités

Période pendant laquelle un travailleur blessé peut recevoir des indemnités sans qu'un formulaire n° 6 n'ait été rempli et versé au dossier. Pour toucher des indemnités pendant cette période, le travailleur doit avoir rempli et retourné un formulaire n° 6.

Indemnisation continue

La valeur maximale du premier versement auquel un travailleur a droit au cours de la période d'admissibilité des demandes est fonction du nombre de jours écoulés entre la date de l'accident et la date de l'enregistrement de la demande.

Délai entre la date de l'enregistrement de la demande et la date de l'accident	Valeur maximale du premier versement	1-7 jours	2 semaines	8-14 jours	3 semaines	15 jours ou plus	4 semaines
--	--------------------------------------	-----------	------------	------------	------------	------------------	------------

Exemple :

Si l'employeur envoie l'avis d'accident à la CAT 3 jours après la date de l'accident et qu'elle le reçoit le 5^e jour, il se pourrait que la demande soit enregistrée le 6^e jour, date à laquelle le formulaire n° 6 serait automatiquement envoyé au travailleur blessé. Si par la suite la demande était traitée le 16^e jour, le décideur serait en mesure de préparer et d'envoyer le 17^e jour suivant l'accident un premier versement d'une valeur maximale de 2 semaines. Pour que le travailleur puisse recevoir des indemnités après la période initiale d'admissibilité des demandes, le décideur doit avoir reçu de celui-ci un formulaire n° 6.

Exceptions

Afin de ne pas imposer à quiconque des difficultés injustifiées, il existe certaines exceptions aux points énoncés ci-dessus :

Si le travailleur ne peut remplir le formulaire n° 6 en raison de sa lésion, l'obligation qui s'y rattache ne s'applique pas. Le formulaire n° 6 est exigé dès que le travailleur est en mesure de le remplir. Si le travailleur a subi une perte de gains pendant une période de plus de 4 semaines, avant l'enregistrement de sa demande, il convient d'effectuer un versement correspondant à la période en question; toutefois, le formulaire n° 6 doit figurer au dossier avant que d'autres versements ne puissent être effectués. Si le versement est insuffisant et risque de causer des difficultés injustifiées au travailleur, il est possible qu'un versement additionnel de 2 semaines soit accordé, sous réserve de l'approbation du directeur de l'USI concernée. Le formulaire n° 6 doit figurer au dossier avant que tout autre paiement ne soit effectué. Dans le cas d'un décès, le formulaire n° 6 n'est pas émis.

<<Liens de causalité avec le travail>>

Causalité légale (suite)

(suite de la page 3)

au moment de l'attaque et s'est trappé la tête en tombant, l'accident ne serait pas considéré comme étant survenu du fait de l'emploi parce que l'emploi n'a pas augmenté le risque d'accident. On peut supposer que le travailleur aurait pu se trouver n'importe où, tomber par terre et subir la même lésion. Cependant, si l'emploi du travailleur l'obligeait à monter sur une échelle et qu'en ce faisant, il a subi une attaque et est tombé d'une hauteur de 3 mètres, cet emploi a contribué au risque accru et l'accident serait considéré comme étant survenu du fait de l'emploi. 88

<<Liens de causalité avec le travail>>

(suite de la page 2)

Ce document suggère que, pour qu'il s'agisse d'un accident <<survenant du fait de>>, il faut en fait que l'emploi contribue de façon significative à l'accident. Pour établir ce lien, le décideur doit établir à la fois la **cause médicale** et la **cause légale** de l'accident. Ces deux conditions doivent être satisfaites pour qu'un accident soit considéré comme étant survenu du fait de l'emploi.

Causalité médicale

Le document de travail stipule qu'un décideur devrait constater un lien médical entre l'accident et la lésion que subit un travailleur.

Le décideur jugerait que l'emploi a, d'un point de vue médical, contribué de façon significative à l'accident dans la mesure où il existe un lien raisonnable entre l'emploi et la lésion, à moins que les documents à l'appui n'indiquent également que la lésion se serait produite ou manifestée à la même période sans la contribution de l'emploi.

Causalité légale

Selon le document de travail, pour établir l'existence d'une cause légale, il faut déterminer si le risque de lésion auquel le travailleur a été exposé constituait un facteur personnel quelconque.

Si aucun facteur personnel n'a contribué à l'accident, alors toute contribution de l'emploi signifiera que l'emploi a contribué de façon significative. Si des facteurs personnels y contribuent, l'emploi doit comporter un risque d'accident accru de façon que l'exposition ou quelque chose au travail contribue davantage à l'accident que ce qu'on rencontre dans la vie quotidienne et non professionnelle d'une personne moyenne. Prenons l'exemple d'un travailleur qui subit une attaque d'épilepsie au travail et se blesse en conséquence. Si le travailleur se tenait debout sur le plancher

(suite en page 4)

En vertu de l'énoncé de politique de la CAT relatif aux demandes d'indemnités pour facteurs de stress au travail, certains aspects du processus d'indemnisation, tels que l'établissement de l'existence d'une invalidité, pourront être réglés avec une certitude relative puisque les décideurs pourront se baser sur un diagnostic médical, de préférence de nature psychiatrique. D'après l'énoncé, la preuve la plus persuasive dont un décideur peut disposer est le diagnostic d'un trouble, conforme à la terminologie généralement reconnue en psychiatrie. La nature des facteurs de stress au travail et des facteurs de stress à l'extérieur du travail pourrait être établie avec un certain degré de certitude mais, selon l'énoncé, le défi qui se pose <<est d'établir un lien de causalité avec le travail lorsqu'il existe un niveau élevé d'incertitude... quant à la contribution relative d'un grand nombre de facteurs possibles à la progression d'une invalidité>>.

Causalité légale

D'après l'énoncé, l'emploi doit avoir contribué de façon significative à la lésion. Si des agents stressés non reliés au travail ont pu contribuer à l'apparition de l'invalidité, la contribution des facteurs de stress au travail doit avoir été plus élevée que celle des facteurs de stress subis dans la vie non professionnelle d'une personne moyenne pour que la causalité légale puisse être établie. Il convient ici de comparer les facteurs de stress au travail aux facteurs de stress de tous les jours. Qu'arriverait-il en l'absence d'événements ou de situations comparables? Dans de tels cas, les

Preuve d'une invalidité

Outre les critères médical et légal utilisés pour établir un lien de causalité avec le travail, l'existence d'une invalidité doit également être prouvée. Tel que mentionné plus haut, un diagnostic de nature psychiatrique constituerait la preuve la plus persuasive. <<Par exemple, d'après l'énoncé de politique, tout diagnostic effectué en conformité avec le manuel de la American Psychiatric Association intitulé *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* répondrait à ce critère>>.

Causalité médicale

Les décideurs doivent se pencher sur l'importance des facteurs de stress auxquels est exposé le travailleur blessé et ceux auxquels serait exposé le travailleur moyen.

Enoncé de politique sur les liens de causalité avec le travail dans le cas des demandes d'indemnités pour facteurs de stress au travail

Par ailleurs, un <<travailleur doit afficher des caractéristiques cliniques dont les signes sont suffisamment graves pour justifier la tenue d'un diagnostic de troubles mentaux>>. Sans cette condition, un travailleur qui est irrité ou vexé mais non blessé par un événement survenu au travail pourrait se considérer comme admissible à des indemnités. Cet énoncé de politique, dont on peut se procurer des exemplaires auprès du Service de publication des politiques, a été distribué à des fins de consultation externe. La date limite pour soumettre des commentaires écrits a été fixée au 4 février 1991. 88

<<Liens de causalité avec le travail>>

Depuis que le conseil d'administrat-
tion a publié les résultats de son
examen de la décision n° 72 du
Tribunal d'appel des accidents du
travail (TAAAT) en septembre 1988,
les administrateurs de la Commis-
sion ont entrepris l'examen d'une
politique dans le but de répondre à
la question suivante : Quels liens
doivent être établis entre le travail
et un accident pour qu'une lésion
soit considérée comme étant reliée
au travail?

Cette question des <<liens de
causalité avec le travail>> comporte
deux volets :

- L'accident est-il survenu au
cours de l'emploi?
- L'accident est-il survenu du fait
de l'emploi?

Au cours de l'emploi

Une nouvelle définition de l'expres-
sion <<au cours de>> figure dans
une politique applicable aux acci-
dents survenus le 1^{er} juillet 1990 ou
après cette date. Les décideurs
tiennent actuellement compte de
facteurs comme le lieu, le moment
et l'activité pour déterminer si un
accident est survenu au cours de
l'emploi.

POLITIQUE

<<Une lésion personnelle résul-
tant d'un accident survient au
cours de l'emploi si les cir-
constances entourant le lieu de
l'accident, le moment de l'acci-
dent et l'activité effectuée au
moment de l'accident indiquent
que l'accident est relié au tra-
vail.>>

Procès-verbal du conseil n° 4, le
9 avril 1990, page 89

LIENS DE CAUSALITÉ AVEC LE TRAVAIL

AU COURS DE

Activité

Moment

Lieu

DU FAIT DE

Causes
médicales

Causes légales ou
lien professionnel

Lieu

Si le travailleur a un poste de tra-
vail fixe et qu'un accident s'y
produit, cet accident est générale-
ment considéré comme étant sur-
venu au cours de l'emploi. Si
l'accident survient hors des lieux
de travail, il est généralement censé
n'être pas survenu au cours de
l'emploi, à moins que le travailleur
ne se soit éloigné du lieu de travail
au nom de l'employeur et que l'ac-
cident soit survenu à un endroit où
il serait raisonnable que le travail-
leur se trouve (p. ex., sur le lieu
de travail d'un client).

Moment

Si le travailleur a un horaire de tra-
vail fixe, l'accident qui se produit
au cours des heures normales de
travail ou d'un laps de temps
raisonnable avant ou après ces
heures (p. ex., avant le quart, pen-
dant que le travailleur s'apprête à
commencer son travail), est
généralement considéré comme
s'étant produit au cours de
l'emploi. Si le travailleur n'a pas
produit hors des heures de travail,
on se base alors sur le lieu et l'ac-
tivité effectuée pour déterminer si
la condition <<au cours de
l'emploi>> est satisfaite.

Activité

Si un accident se produit pendant
que le travailleur effectue une
tâche reliée à son emploi ou une
activité découlant raisonnablement
de (reliée à) cet emploi, l'accident
est généralement censé être sur-
venu au cours de l'emploi.

Le fait que le travailleur effectue
brièvement une activité personnelle
ne signifie pas toujours qu'il ne
travaillait pas à ce moment-là.
Pour décider de ce point, le
décideur tient compte de facteurs
comme :

- la durée de l'activité personnelle;
- la nature de l'activité personnelle;
- le degré auquel l'activité person-
nelle s'écarte des activités
régulières reliées à l'emploi du
travailleur.

Pour déterminer si une activité
découle de l'emploi, le décideur
tient compte des points suivants :

- la nature du travail;
- le milieu de travail; et
- les habitudes et pratiques de ce
lieu de travail particulier et de
l'industrie en général.

L'importance relative des trois
critères, le lieu, le moment et l'ac-
tivité, varie en fonction des cir-
constances de l'accident. Si les
conditions relatives au lieu et au
moment sont satisfaites, l'accident
est généralement censé être survenu
au cours de l'emploi, à moins qu'un
moment de l'accident, le travailleur
effectuait une activité non reliée à
son travail. Dans d'autres cas, le
décideur tiendra compte de l'ac-
tivité qu'effectuait le travailleur au
moment de l'accident pour déter-
miner si cet accident est relié au
travail.

**Survenant du fait de
l'emploi**

La définition de l'expression
<<survenant du fait de l'emploi>>
est actuellement en cours de révi-
sion. Un document de travail in-
titulé <<Liens de causalité avec le
travail dans le système d'indemnis-
ation des travailleurs>> (20 avril
1990) a fait l'objet d'une distribu-
tion à grande échelle dans le but
d'obtenir les commentaires de
groupes externes. (suite en page 3)



Processus de consultation

Dans le cadre de son processus continu d'élaboration de politiques en vue de la mise en oeuvre des dispositions de la Loi 162, la Commission a élaboré un nouveau document de consultation relatif aux dispositions de l'article 45a. Ce nouvel article de la Loi porte sur l'indemnité pour perte de gains future, par-fois appelée, indemnité pour perte de salaire.

Le document présente une ap- proche générale aux dispositions de l'article 45a et traite en détail de questions précises comme la définition des <<caractéristiques personnelles et professionnelles d'un travailleur>>, et ce qui con- stitue un <<emploi approprié et disponible>>.

Les personnes intéressées sont invitées à faire des commentaires écrits au sujet de ce document, dont on peut se procurer un ex-emplaire en s'adressant à la Di- rection des politiques administra- tives au (416) 927-3424.

Protection des travailleurs qui ne résident pas en Ontario

Le 1^{er} septembre 1990, la Commission mettra en vigueur une nouvelle politique portant sur le moment où les travailleurs et les employeurs qui ne résident pas en Ontario sont assurés en vertu du système d'indemnisation des travailleurs de l'Ontario.

POLITIQUE

Un employeur qui réside hors de l'Ontario et qui emploie un travailleur qui réside en Ontario pour travailler en Ontario est un <<employeur>> au sens de la Loi. Dans tous les autres cas, un travailleur ou un employeur qui ne résident pas en Ontario doivent avoir un lien impor- tant avec l'Ontario pour satisfaire aux exigences de la Loi.

Travailleurs résidant hors de l'Ontario

Un employé qui travaille en Ontario mais qui n'y réside pas sera assuré en vertu du système d'indemnisa- tion des travailleurs s'il a un lien important avec l'Ontario. Dans la plupart des cas, la condition prin- cipale qui sert à déterminer si le travailleur a un tel lien est la durée du travail effectué en Ontario au cours de l'année précédant immédiatement l'accident.

En général :

- un travailleur qui travaille en Ontario 5 jours ou moins au cours d'une année n'a habituellement aucun lien impor- tant avec l'Ontario;
- un travailleur qui travaille en Ontario de 6 à 10 jours au cours d'une année peut avoir un lien important avec l'Ontario si les circonstances supposent qu'un tel lien existe.

- un travailleur qui travaille en Ontario 11 jours ou plus au cours d'une année a probablement un lien important avec l'Ontario.

Il faut également tenir compte d'autres circonstances, comme par exemple :

- Le travailleur effectue-t-il des déplacements similaires dans d'autres provinces ou territoires à l'extérieur de celle/celui où il habite?
- Les déplacements à destination de l'Ontario sont-ils régulière- ment planifiés ou envisagés?

Employeurs résidant hors de l'Ontario

- Le travailleur traverse-t-il tout simplement l'Ontario ou y exerce-t-il réellement des fonctions reliées à l'emploi?
- Les déplacements à destination de l'Ontario sont-ils strictement effectués à des fins d'emploi ou comportent-ils également des déplacements personnels?
- Dans quelle province ou quel territoire le contrat de travail a-t-il été passé?
- De quelle province ou territoire le travailleur est-il rémunéré?
- Dans les cas où il est difficile d'établir si le travailleur réside en Ontario, le travailleur bénéficiera-t-il d'une protection en vertu de la loi sur l'indem- nisation des travailleurs d'une autre province ou d'un autre territoire?

Un employeur qui ne réside pas en Ontario et qui emploie un travailleur qui y réside pour effec- tuer un travail en Ontario est un employeur au sens de la Loi, peu importe la durée de l'emploi du travailleur en Ontario.

Un employeur qui ne réside pas en Ontario et qui emploie un travailleur en Ontario si l'emploi qu'effectue ce travailleur en On- tario, pour le compte de l'employeur, suffit pour créer un lien important entre ce travailleur et l'Ontario. ☐

SOMMAIRE ...

1 Protection des travailleurs qui ne résident pas en Ontario

2 <<Liens de causalité avec le travail>>

3 Énoncé de politique sur les liens de causalité avec le travail dans le cas des demandes d'indemnités pour facteurs de stress au travail

4 Rapports des travailleurs

5 Augmentation des amendes pour infraction à la Loi

6 Mise à jour - politiques sur les troubles de la douleur chronique et la rétroactivité

POLICY REPORT

Workers'
Compensation
BoardCommission
des accidents
du travail

September 1990

Vol. 3 No. 4

Medical Appointments - Reimbursing Workers' Expenses



Workers' expenses for medical appointments in allowed claims are reimbursed in accordance with the *Travel and Related Expenses* document (06-01-03) in the Board's *Operational Policy* manual.

Occasionally, when there is insufficient medical information in a worker's claim file for a decision-maker to allow the claim, the Board may ask the worker to attend a **pre-authorized** medical assessment.

In such cases, the Board will reimburse certain of the worker's expenses for attending the medical appointment.

If the claim is allowed, the Board pays

- transportation, accommodation, and meal expenses (*Travel and Related Expenses*, 06-01-03)
- lost wages (*Wage Loss for Medical Appointment*, 06-01-05).

AS OF AUGUST 1, 1990:

If the claim is not allowed, the Board pays

- transportation, accommodation, and meal expenses (*Travel and Related Expenses*, 06-01-03)
- lost wages without deduction for CPP, UIC, and income tax. ☒

Notice To CAD 7 Employers

The Board administers an experience rating plan, identified as "CAD 7", for the construction industry.

This plan, designed to encourage and improve safety in the workplace and to more closely relate employer assessments to accident experience, has recently been reviewed by the Board in light of employer concerns about the possibility of surcharges resulting from counting worker absences for medical appointments as lost time injuries.

Construction employers in the CAD 7 Experience Rating Program

rate groups 736, 744, 753,
761, 809, 827, 836, 854,
859, 864, and 873

Consultation Invited

MEDICAL ROSTERS

Section 45(10) of the *Act* states that a worker may select a medical practitioner from rosters provided by the Board to conduct the worker's permanent impairment medical assessment.

With the institution of these medical rosters, workers, who previously were required to be examined by Board doctors, will have the opportunity to select a doctor of their preference, within their vicinity.

The matter of establishing a roster is now the subject of a Board discussion paper entitled *Establishing the Roster of Medical Practitioners*.

The discussion paper explains that most areas of clinical expertise will be represented on the list of physicians defined as "qualified medical practitioners" under the *Health Disciplines Act*. The criteria to be used in establishing the roster is outlined in the discussion paper.

The closing date for written submissions is October 15, 1990.

The above-mentioned paper is available from the

Operational Policy Branch
2 Bloor Street East, 22nd Floor
Toronto, Ontario M4B 3C3
Tel: 416-927-3424
FAX: 416-927-4995

who have reason to believe that their surcharges have been adversely affected due to worker absences for 1990 medical appointments due to work-related injuries may apply for assessment adjustments. ☒

Policy Report is now
printed on acid-free,
recycled paper at no
extra cost.



*Have you ordered your
Operational Policy Manual?
Call 927-4941 for details.*

WCB Staff As Witnesses At Hearings

Integral to the workers compensation system are the decision review processes. Any worker or employer whose interests are affected by a Board decision has the right to file an objection which will result in a hearing by a Hearings Officer or a Reinstatement Officer.

Full disclosure of files and documents is made to all parties in the dispute so that the parties operate from the same factual base. Additionally, parties to an issue in dispute are entitled to present witnesses to testify on their behalf at a hearing.

The Board has recently reaffirmed its long-standing practice on Board staff as witnesses in an appeal hearing.

POLICY

No WCB employee can be compelled to appear at a hearing by a Hearings Officer or a Reinstatement Officer by summons to give oral evidence or to be questioned or cross-questioned.

All pertinent information at the disposal of WCB staff will invariably be submitted in writing. In this way, all parties in the dispute obtain the full information which impinges on the case. ☐

Policy Report is now printed on acid-free, recycled paper at no extra cost.



Retirement Pension Benefits

Section 45b of the *Act* provides that the Board set aside in a separate fund an extra 10% of benefits paid under s.45a. From this separate fund, payments to workers will be made when their benefits under s.45a cease at age 65.

The Board of Directors established the fund at its meeting on September 7, 1990, and decided that the rules for investment of the money in the fund would be in accord with the provisions of the *Pension Benefits Act*. A regulation will be promulgated to establish this decision as law.

The Board is also required to establish in a regulation the payment schemes from which a worker may choose to receive his or her benefits.

Discussion papers on the possible payment schemes for the retirement pension benefit will be considered by the Board of Directors in 1991, and there will be an opportunity for consultation at that point.

More information will be published in *Policy Report* as soon as it becomes available. ☐

Funeral Expenses Increased

Board policy with respect to reimbursement of funeral expenses requires that an annual review be conducted to ensure that the maximum award has kept pace with funeral costs.

The 1989 maximum of \$5000 has now been increased to \$6000 for all deaths that occurred on or after January 1, 1990. ☐

POLICY REPORT

Policy Report is published under the authority and direction of the Operational Policy Branch of the Workers' Compensation Board. If there is any conflict between the statements contained in this publication and the *Workers' Compensation Act* and/or Board approved policy documents, the *Act* or the approved document governs.

Comments or inquiries should be addressed to:

Editor,
Policy Report,
Operational Policy Branch,
Workers' Compensation Board,
2 Bloor Street East, 22nd Floor,
Toronto, Ontario, M4W 3C3.

Graphic Production:
Graphics Services,
Communications.

Has your address changed?

To ensure you receive each issue, and to keep our mailing costs down, we need to keep our distribution system up-to-date. Please submit any changes in your mailing address to:

Manuals Distribution Specialist,
Policy Publications,
Workers' Compensation Board,
2 Bloor Street East, 22nd Floor,
Toronto, Ontario, M4W 3C3
(416) 927-4941

Subscriptions to **Policy Report** are free on request to this address.

Le personnel de la CAT comme témoin d'audience

Le processus de révision des décisions fait partie intégrante du régime d'indemnisation des travailleurs. Tout travailleur ou employeur qui estime qu'il est lésé par une décision de la Commission a le droit de soumettre une contestation qui sera entendue lors d'une audience tenue par un commissaire d'audience ou un commissaire chargé des cas de réintégration.

Pour que les parties en cause puissent procéder à partir des mêmes faits, toutes les parties dans le litige ont accès aux dossiers et aux documents. De plus, les parties en cause ont le droit de se faire accompagner de personnes qui témoigneront en leur faveur lors de l'audience.

La Commission a récemment confirmé de nouveau sa politique de longue date ayant trait au personnel de la Commission qui agit à titre de témoin lors d'une audience d'appel.

POLITIQUE

Un commissaire d'audience ou un commissaire chargé des cas de réintégration ne peut continuer un employé de la Commission à comparative par assignation pour qu'il témoigne oralement ou qu'il soit interrogé ou contre-interrogé.

Tout renseignement pertinent à la disposition du personnel de la CAT devra invariablement être soumis par écrit. Ainsi, toutes les parties dans le litige obtiennent tous les renseignements pertinents reliés à leur cas.

Prestations de retraite

En vertu de l'article 45b de la Loi sur les accidents du travail, la Commission met en réserve dans une caisse distincte des fonds additionnels correspondant à 10 pour cent des indemnités versées en vertu de l'article 45a. Les travailleurs reçoivent leur versement à même cette caisse lorsqu'ils atteignent l'âge de 65 ans, moment où leur admissibilité à des indemnités prend fin en vertu de l'article 45a.

Le conseil d'administration a établi la caisse lors de sa réunion du 7 septembre 1990 et a décidé que les modalités relatives à l'investissement des fonds de la caisse seraient conformes aux dispositions prévues dans la Loi sur les régimes de retraite. Un règlement sera promulgué pour que cette décision soit passée en loi.

La Commission est également tenue d'établir sous forme de règlement les modes de paiement à partir desquels un travailleur peut choisir de recevoir ses prestations. Le conseil d'administration étudiera en 1991 des documents de travail portant sur les modes de paiement possibles, et les consultations seront alors entreprises. Le Bulletin des politiques vous fera part de tout nouveau renseignement à ce sujet.

Avez-vous changé d'adresse?

Pour nous assurer que vous recevez bien chaque exemplaire et pour réduire nos coûts d'envoi, nous désirons garder notre système de distribution à jour. Veuillez communiquer tout changement d'adresse postale au :

Responsable de la distribution des manuels
Publication des politiques -
Commission des accidents
du travail
22^e étage
2, rue Bloor Est
Toronto (Ontario)
M4W 3C3
(416) 927-4941

L'abonnement au Bulletin des politiques est gratuit sur demande à l'adresse sus-mentionnée.

Augmentation des frais relatifs aux funérailles

Conformément à la politique de la Commission ayant trait au remboursement des frais relatifs aux funérailles, il est nécessaire de procéder à une révision annuelle afin d'assurer que l'indemnité maximum accordée ait suivi les coûts associés aux funérailles. Le montant maximum de 5 000 \$ pour 1989 est maintenant passé à 6 000 \$ pour ce qui est de tous les décès ayant survenu le 1^{er} janvier 1990 ou après cette date.

BULLETIN DES POLITIQUES

Le Bulletin des politiques est publié sous l'autorité et la direction du Service de l'élaboration des politiques et vice de l'élaboration des politiques des programmes de la Commission des accidents du travail. S'il y a contradiction entre les déclarations contenues dans cette publication et la Loi sur les accidents du travail et/ou les politiques approuvées de la Commission, c'est à la Loi ou aux documents approuvés qu'il faut se référer.

Veuillez adresser vos questions ou commentaires à :

Directrice
Bulletin des politiques
Service de l'élaboration des politiques
et des programmes
Commission des accidents du travail
22^e étage
2, rue Bloor Est
Toronto (Ontario)
M4W 3C3

Production graphique :
personnel de bureau



Le Bulletin des politiques est maintenant imprimé sur du papier recyclé, exempt d'acide et ce, sans frais supplémentaires.



Avis aux

employeurs faisant partie de la méthode CAD 7

La Commission administrative une méthode de tarification par incidence, appelée <<CAD 7>>, qui se rapporte à l'industrie de la construction.

La Commission a récemment révisé cette méthode, dont le but est de favoriser et d'améliorer la sécurité dans le lieu de travail et de faire un rapprochement plus étroit entre les cotisations des employeurs et leur dossier en matière d'accidents;

cette révision tenait compte des préoccupations qu'avaient exprimées les employeurs au sujet de la possibilité de se voir imposer des absences des travailleurs pour se rendre à leurs rendez-vous médicaux étaient considérées au même titre que les lésions avec interruption de travail.

Les employeurs de l'industrie de la construction qui font partie du programme de tarification par incidence CAD 7

groupes de taux 736, 744, 753, 761, 809, 827, 836, 854, 859, 864 et 873

et qui ont lieu de croire que des surcharges ont été imposées à l'encontre de leurs intérêts à cause des absences des travailleurs en 1990 pour se rendre à des rendez-vous médicaux en raison des lésions reliées au travail, peuvent demander un rajustement de leurs cotisations.

Consultations médicales – remboursement des frais engagés par les travailleurs

Si la demande d'un travailleur est accordée à la suite de l'évaluation médicale, la Commission paie :

- les frais de déplacement, d'hébergement et de repas (*Frais de déplacement et frais connexes*, 06-01-03)
- la perte de salaire (*Perte de salaire en raison d'un rendez-vous médical*, 06-01-05).

À COMPTER DU 1^{er} AOÛT 1990 :

Si la demande est refusée à la suite de l'évaluation médicale, la Commission paie :

- les frais de déplacement, d'hébergement et de repas (*Frais de déplacement et frais connexes*, 06-01-03)
- la perte de salaire sans déductions de RPC, d'A-C et d'impôt.

Processus de consultation

TABLEAU DES MÉDECINS

Le paragraphe 45 (10) de la Loi stipule qu'un travailleur peut choisir, à partir de tableaux fournis par la Commission, un médecin qui procédera à l'évaluation médicale de sa déficience permanente. Grâce à l'établissement de ces tableaux, les travailleurs, qui auparavant devaient se soumettre à une évaluation effectuée par un médecin de la Commission, auront maintenant la possibilité de choisir un médecin de leur choix qui habite à proximité de leur domicile. Les questions pertinentes à l'élaboration d'un tel tableau font actuellement l'objet d'un document de travail de la Commission intitulé *L'établissement du tableau des médecins*.

CA20N
L90
- P56

POLICY REPORT



Workers'
Compensation
Board

Commission
des accidents
du travail

October 1990
Vol. 3 No. 5

Consultation Process Continues to Evolve

On October 5, 1990 the Board of Directors approved proposals for a more comprehensive approach to consultation, marking another milestone in the development of workers' compensation policy.

Background

The major impetus behind public participation in the policy development process was the passage in 1985 of Bill 101 which incorporated recommendations from the report *Reshaping Workers' Compensation for Ontario*¹ by Professor Paul Weiler of Harvard Law School. The first milestone was marked when Weiler's recommendation for the formation of an independent Board of Directors was realized in 1988. Shortly thereafter, with the objective of seeking advice on how best to accomplish the consultative process envisaged by Professor Weiler, the

Board convened its first meeting of external stakeholders who have since formed the core membership of the External Consultation Group (ECG).

Initiatives to Date

Since 1988, the WCB has presented 29 discussion papers or policy proposals on issues such as compensation for chronic occupational stress, employer penalties, and economic loss, to ECG members and to any interested party wishing to participate in the consultation process, and participation is growing. Following a consultation invitation in *Policy Report*, the most recent workplace stressors paper was mailed to 195 interested parties. An announcement mailed to subscribers of the Board's *Operational Policy* manual, generated over 700 requests for the paper on economic loss.

(continued on page 2)

Non-Economic Loss Schedule

Under s.45 of the *Act*, "A worker who suffers permanent impairment as a result of an injury is entitled to receive compensation for non-economic loss in addition to any other benefit..." To ensure that non-economic loss awards are consistent, a structured and reliable measure for evaluating loss of enjoyment of life, and pain and suffering – resulting from workplace injury and disease – is necessary.

Consequently, the Board is conducting research for the establishment of a permanent impairment rating schedule, and this research is expected to be finished by mid-1991.

In the meantime, as a means of determining a worker's permanent impairment, expressed as a percentage of total permanent impairment, the Board of Directors has decided to use an interim rating schedule based upon the American Medical Association's *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment* (Third Edition). Standards based on the AMA's guides are currently being used by other Canadian jurisdictions, such as Newfoundland, New Brunswick, Quebec, Saskatchewan and the North West Territories.



Hamilton area stakeholders attend one of eleven meetings held across the Province by WCB staff to discuss "work-relatedness" paper.

What's Inside...

Garnishments for Family Support Arrears	3
Attention Late-Filing Employers	3
Phased Payment of Assessment	4
"Employers" and "Successor Employers"	5
Writ for Seizure and Sale	6

Consultation Process Continues to Evolve

(cont'd from page 1)

The Board has also consulted externally with specially constituted groups on a number of significant policy initiatives requiring a greater time commitment from participants than is expected of ECG representatives. A total of 7 separate groups have participated either in a critique or advisory capacity to major policy projects such as the medical and vocational rehabilitation strategies, NEER, and formulation of Bill 162 regulations and policies.

Key Changes

The Board will continue the consultation initiatives undertaken since 1988 and will begin the immediate implementation of the latest proposed changes.

Expand Consultation

To appropriately represent the external stakeholder community, criteria will be developed for expanding, as required, membership in the ECG and other consultation groups.

Distribute Consultation Papers

The Board will continue to distribute the 2 types of consultation papers currently circulated among stakeholders.

"Type 1" papers, generally referred to as discussion papers, describe issues in a broad sense without providing recommendations for policy (e.g., the 1989 discussion paper on workplace stressors, which outlined the scientific and legal issues without resolving them). Type 1 papers are often, but not necessarily, precursors to Type 2 papers.

"Type 2" or policy proposal papers clearly propose and recommend a direction for Board policy on which stakeholders can focus their comments.

Conduct Information Sessions – Stage 1

Following the circulation of "Type 1" or "Type 2" papers, Board staff will announce and conduct information sessions to highlight the issues for interested parties.

Convene Consultation Sessions – Stage 2

Board staff will hold consultation sessions for either the members of the ECG or another group specially constituted for the issue. These sessions will provide a forum for external stakeholders to provide the Board with feedback.

Conduct Public Meetings – Stage 3

On an issue which is identified as having far reaching effects, a paper will be published in the Ontario Gazette, following which Board staff will announce and hold public meetings at which interested parties may make their views known on the issue specified.

Reports to Board of Directors

Following each of the 3 stages, reports summarizing the results of the stage, with a reasoned discussion of the issues raised by the stakeholders, and with policy recommendations (if appropriate to the stage) will be submitted to the Board of Directors.

Convene Public Hearings – Stage 4

In the case of any issue identified by the Board of Directors as fundamental to the workers' compensation system, the Board will publish "Type 2" (Policy Proposal) papers in the Ontario Gazette, inviting interested parties to submit written responses and present their views at a public hearing which will be held for full, formal, and structured

debate of the issue. The Board of Directors (or a committee of the Board of Directors) will convene and preside over Public Hearings.

Co-ordinating Unit

To ensure a consistent approach and prevent duplication or fragmentation of effort, and to ensure that stakeholders are not overburdened with conflicting schedules, the Board will set up a centralized consultation unit in the Strategic Policy and Analysis Division to co-ordinate all the Board's consultation processes.

Exceptions

In certain circumstances, the Board of Directors may find it necessary to adopt a more expeditious approach to an issue and may adopt a different approach to consultation.

First Consultations Using Public Hearings

The full 4-stage approach to consultation will begin in April of 1991 when the two policy initiatives, *Work-Relatedness in the Workers' Compensation System*, and *Compensation for Disablement Arising from Workplace Stressors*, currently under review, will proceed to the 3rd, public meeting, stage.

More information about the public meetings and hearings will be published in *Policy Report* as soon as it is available. ☐

Note: 1) In 1980, Professor Weiler was appointed by the Government of Ontario to review the system of workers' compensation. *Reshaping Workers' Compensation for Ontario* was the first of three reports. In April 1983 Professor Weiler submitted the second report, *Protecting the Worker from Disability: Challenges for the Eighties*. The third and final report, *Permanent Partial Disability: Alternate Models for Compensation* was submitted in December 1986. These reports may be found in the Board's library on the 22nd Floor, 2 Bloor Street East, Toronto.

Garnishments for Family Support Arrears

The Board, in accordance with amendments introduced through Bill 162 to s.50 of the *Act*, continues to honour garnishments of compensation payments for the support of a worker's spouse or dependants. The amendments to s.50 are reflected in the Board's policy statement:

Policy

Where a worker is entitled to compensation under the *Workers' Compensation Act* and the worker's spouse or dependants are entitled to support or maintenance under a court order and a Notice of Garnishment is received by the Board in respect to the worker, the Board has a mandatory obligation to pay to the Sheriff any amount demanded in the order and Notice up to 50% of the compensation payable to the worker. Compensation is deemed to be income and wages subject to garnishment, with the exception of monies payable pursuant to s.45(b) of the *Act*.

Bill 162 Amendments – Effective January 1, 1990

- The Board's obligation to honour family support garnishees extends to support defaults or arrears accruing after April 1, 1985.
- Where previously s.50 specified that "the Board shall divert the compensation in accordance with the court order to the extent that there is default...", the new s.50(1a) specifies that family support garnishments are now subject to the limits and procedures set out in subsections 7(1) to (5) of the *Wages Act*. Section 7(3) of this Act states that "Fifty per cent of a person's wages are exempt from seizure or garnishment in the enforcement of an order for support or maintenance enforceable in Ontario."

- Section 50 now states that the Board shall divert compensation payments for family support "in accordance with a **garnishment notice** issued by a court in Ontario".
- The amended s.50(1a) deems compensation payments to be wages but it specifically excludes, as wages, the funds set aside under subsection 45b(1). These funds (See *Policy Report*, Vol. 3, No. 4) are reserved to compensate workers for loss of retirement income: they cannot be garnished. Compensation income which can be garnished includes that from temporary partial and total disability benefits, and permanent partial and total disability awards.

Board Practice

Upon receipt of an order from an appropriate Ontario court and a Notice of Garnishment, the Board begins procedures to direct the amount specified in the Notice, subject to the 50% limit, from the worker's compensation payments to the appropriate Sheriff.

When an injured worker is awaiting compensation payments and the employer pays the worker advances or benefits *less an amount for a garnishment*, the Board cannot reimburse the employer the amount garnished. The Board will reimburse the employer that part of the worker's compensation payment equal to the advance less the amount held back. The balance of the compensation payment is paid directly to the worker, unless the court has issued a Notice of Garnishment to the Board against the worker's payments.

Workers may dispute the garnishment of wages, by application to the Court. However, Board decision-makers are still obliged to honour the Notice of Garnishment until a new court order is received. ☐

Attention Late-Filing Employers

New Policy Increases Fines

The Board requires full information to adjudicate claims. To assist the Board in gathering relevant information, s.121 of the *Act* states that you must file a written report within 3 days of learning of an occupational injury or disease that disables a worker from earning full wages or results in a worker requiring health care.

Your report must include all information required by the Board. As of December 1, 1990, a new Board policy will require that in every case, the standard "Employer's Report of Injury or Disease" (Form 7) must be completed and submitted within 3 calendar days of learning of the accident. No other form will be accepted.

Failure to comply with this reporting obligation is considered to be a contravention of the *Act*. For every such contravention the Board will levy a penalty of \$250. Additionally, each contravention also constitutes a provincial offence, and if prosecuted and convicted an employer is liable for a fine of up to \$25,000.

In the absence of a Form 7, the Board has no alternative but to proceed with the adjudicative process, basing decisions on whatever information is readily available on file since the Board is obliged to provide workers with benefits and services on a timely basis. Therefore, it is essential that you make a concerted effort to comply with the reporting obligations as specified in the *Act*.

Please ensure that all of your employees who are involved in reporting work-related accidents to the Workers' Compensation Board are informed of this new policy. More information will be mailed to you shortly. ☐

Phased Payment Plans for Assessments

The Board has a responsibility to ensure the continuous supply of funds necessary to maintain the accident fund. This responsibility makes it necessary to strictly enforce the payment of assessments levied on employers and to collect outstanding debts¹. At the same time, however, the Board recognizes that some employers may experience periods of financial hardship, during which the paying of assessment debts in full could jeopardize the continued operation of the business. In these cases, allowing the employer to pay the debt by means of a phased payment plan (instalments) is the most practical means of securing payment.

POLICY

A phased payment plan may be permitted in exceptional circumstances for the payment of a debt to the Board where the employer demonstrates financial hardship. The Board may implement phased payment plans for the payment of debts subject to terms and conditions set by the Board.

It must be stressed that a phased payment plan is only used in cases of exceptional financial hardship where immediate payment of the full assessment will force the employer into bankruptcy. The onus is on the employer to demonstrate the hardship.

Financial Risk Analysis

Before agreeing to a phased payment plan, the Board conducts a financial risk analysis to determine if immediate payment of the debt will cause the business to go into bankruptcy. The analysis also determines the maximum amount, and the frequency, of each payment to be made.

The financial risk analysis includes a review of

- the employer's audited financial statements
- the size of the debt to the Board, including future expected late payment charges
- the employer's cash flow situation
- reports from credit reporting agencies
- a list of other creditors and amounts owed by the employer.

Payment Plan

As reported in the November 1989 issue of *Policy Report* (Vol. 2 No. 5), the **maximum** number of phased payments is 12, spread over a 3 year period. But, the length of the payment plan and the amount of each payment must reflect **the most the employer can pay** without falling into bankruptcy.

If, during the period of the phased payment plan, the employer experiences a financial improvement, the plan is accelerated accordingly. If, however, the employer faces additional financial burden, such as receiving a s.91(7) penalty (see *Policy Report* Vol. 2 No. 3), the additional penalty payments may be blended into the existing plan. No additional payment plan is considered.

Signing a payment agreement does not interfere with an employer's right to object to a Board decision. But, although an employer can object to the amount of a debt to the Board, the issue of how the Board collects the debt is not an appealable issue and is not subject to review.

Policy Report is now printed on acid-free, recycled paper at no extra cost.



Board's Interests Secured

Once a phased payment plan is established, the Board secures its financial interests by one of the following means:

- obtaining, if possible, a letter of credit for an amount to satisfy the debt²
- obtaining security for the debt
- filing a writ (see companion article, page 6).

Failure to comply with the terms of a phased payment plan results in an immediate requirement for full payment within 7 working days. If payment is not received within the 7-day period, the phased payment plan is voided and the letter of credit or other security is used, or the writ is executed immediately.

NOTES:

1. For the purposes of this policy, "debt" may consist of

- the employer's annual payroll assessment
- special assessments, and
- any penalties and interest for non-compliance of reporting obligations.

2. Obtaining a letter of credit may not always be possible. Banks are not likely to issue a letter of credit to a failing business. Also, letters of credit can expire or be revoked by the bank. Where possible, an irrevocable letter of credit is preferred.

*Have you ordered your
Operational Policy
Manual?
Call 927-4941
for details.*

"Employers" and "Successor Employers"

For the purpose of determining employers' obligations, the Board has now more clearly defined the term "employer" and what the Board can do for "successor employers". The definition of employer addresses the various forms of business entities employers may take, e.g., sole proprietorships, partnerships, and corporations, while the new policy on "successor employers" addresses the question of workers' compensation liabilities when a business is restructured or purchased.

"Employer"

Section 1(k) of the *Act* defines an employer, generally, as "...every person having in the person's service under a contract of hiring or apprenticeship, written or oral, express or implied, any person engaged in any work in or about an industry...". Regulation 951 s.5 describes how the Board deals with assessment rates for employers with several operations or different types of operations. The new policy defining "employer" complements both the *Act* and the Regulation:

POLICY

For the purposes of all employer obligations under the *Act*, an employer is the sole proprietor, partnership or corporation that employs workers. Each of these entities is a separate employer individually responsible for its obligations to the Board.

Branch plants, divisions, or other components of a single employer, are not to be treated as individual employers for the purpose of any employer obligations, in particular for the purpose of assessment obligations.

Integral to this definition is that no matter what form of business entity the employer takes, whether it is small, large, centralized, or decentralized, *it* (the business entity) is the "employer" in respect of all

workers employed in all its parts. Sole proprietors, viz., individuals carrying on businesses without the participation of any person except their employees, are individually responsible for their business obligations. In the case of partnerships, no matter whether the partnership is between individuals or corporations, the liability for the obligations of the business is the responsibility of the partners, individually and collectively. And, because corporations are legal entities, in law, each corporation is considered a distinct person with the same obligations to the Board as the sole proprietor or partnership.

In favour of clarity and simplicity, the Board will now use the term "employer" to replace terms such as firm, firm number, and corporate entity.

"Successor" Employers

Who is responsible for workers' compensation liabilities when an employer restructures or sells the business? The previous employer or the successor? According to the policy on successor employers, the answer depends on the means taken to restructure the business or the agreements reached between the employer and the successor employer.

Generally, the law says that the new employer – the successor – is not responsible for the liabilities or obligations of the former employer, the concept being that when an employer's business is purchased, a new employer is created, free of liability of any pre-existing obligations.

However, there are exceptions. The successor employer is liable when

- a change of ownership of a corporation is the result of a share purchase

[Although the ownership of the corporation has changed, the

business entity has not changed; no new entity has been created.]

- a new corporation is formed by way of merger or amalgamation of two or more distinct, existing corporations

[The *Ontario Business Corporations Act* and the *Canada Business Corporations Act* provide that when an amalgamated corporation is created out of two or more distinct corporations, the continuing single corporation is subject to all the liabilities and debts of the prior corporations.]

- the new employer is related to or associated with the former employer to the extent that the change is primarily a manipulation of the ownership of the employer to avoid outstanding workers' compensation liabilities and the former employer retains actual control of the successor employer

[The Board will determine whether the transaction was made in good faith and at "arm's length". (According to *The Canadian Law Dictionary*, "arm's length" is the term used to describe "The relationship which exists between parties who are strangers to each other, and who bear no special duty, obligation, or relation to each other.")]

- the former employer and the successor employer agree (in writing) that the assessments and accident cost history will be taken over by the successor employer.

The definition of "employer" and the policy on "successor employers" apply to all relevant cases beginning September 1, 1990.

Policy Report is now printed on acid-free, recycled paper at no extra cost.



Writ for Seizure and Sale

A writ for seizure and sale of property is a legal procedure often used by creditors to collect outstanding debts. The Board uses this procedure when direct efforts to collect payment of employers' outstanding debt fail.

The Board's authority for issuing writs comes from s.116 of the *Act* which reads as follows:

Where default is made in the payment of any assessment or special assessment, or any part of it, the Board may issue its certificate stating that the assessment was made, the amount remaining unpaid on account of it and the person by whom it was payable, and such certificate or a copy of it certified by the secretary to be a true copy may be filed with the clerk of any county or district court or, where the amount remaining unpaid does not exceed \$1,000, with the clerk of any small claims court and, when so filed, becomes an order of that court and may be enforced as a judgment of the court against such person for the amount mentioned in the certificate.

In keeping with its overall revenue strategy, the Board has recently conducted a comprehensive review of its practice with respect to writs and as a result has revised its policy and guidelines.

Policy

The Board will file writs of seizure and sale for the full debt owed by employers considering the amount owed and the lateness of payment.

Employers who are unable to settle their debts in one full payment must establish with the Board a *phased payment plan*. In such a situation, the Board will issue writs and keep them in place until all outstanding debts are collected.

Writs are issued for debts of

- over \$10,000, and more than 90 days late
- between \$1,000 and \$10,000, and more than 120 days late
- between \$300 and \$1,000, and more than 180 days late.

(The definition of a *phased payment plan* and how it works is fully explained in the companion article on page 4.)

In order to protect its financial interests, the Board may issue writs, or lift them temporarily but, in all cases, writs are automatically withdrawn upon full payment of outstanding debts.

The effective date of the new policy and guidelines is September 1, 1990.

Has your address changed?

To ensure you receive each issue, and to keep our mailing costs down, we need to keep our distribution system up-to-date. Please submit any changes in your mailing address to:

**Manuals Distribution
Specialist,
Policy Publications,
Workers' Compensation
Board,
2 Bloor Street East,
22nd Floor,
Toronto, Ontario,
M4W 3C3
(416) 927-4941**

Subscriptions to **Policy Report** are free on request to this address.

Attention Employers

The WCB's Classification Branch is extending its service to employers to **9:00 p.m. Monday to Friday**.

Employers may register firms, notify the Board of business closures, and make classification inquiries. Classification investigations will also be conducted at night.

Employer Services, Collections, and Audit, the other branches of the Revenue Department, will be offering evening service later this year.

*Have you ordered your
Operational Policy
Manual?
Call 927-4941
for details.*

-POLICY REPORT-

Policy Report is published under the authority and direction of the Operational Policy Branch of the Workers' Compensation Board. If there is any conflict between the statements contained in this publication and the *Workers' Compensation Act* and/or Board approved policy documents, the *Act* or the approved document governs.

Comments or inquiries should be addressed to:

Editor,
Policy Report,
Operational Policy Branch,
Workers' Compensation Board,
2 Bloor Street East, 22nd Floor,
Toronto, Ontario, M4W 3C3.

Graphic Production:
Graphics Services,
Communications.

Bref de saisie-exécution

Le bref de saisie-exécution est un recours juridique fréquemment employé par les créanciers en Ontario pour le recouvrement des dettes non acquittées. La Commission l'utilise lorsqu'elle ne parvient pas à recouvrer, par les moyens habituels, les sommes impayées par les employeurs.

L'autorité de la Commission à cet égard découle de l'article 116 de la Loi :

En cas de défaut du versement d'une cotisation ordinaire ou spéciale, en tout ou en partie, la Commission peut délivrer un certificat indiquant que la cotisation a été établie et précisant la somme qui reste impayée à cet égard et la personne tenue de la payer. Ce certificat, ou une copie de ce certificat certifiée conforme par le secrétaire, peut être déposé auprès du greffier d'une cour de comté ou de district ou, si la somme qui reste impayée n'est pas supérieure au montant de la compétence d'arbitration de la cour des petites créances, auprès du greffier d'une cour des petites créances. Une fois déposé, il tient lieu d'un jugement de cette cour et peut être exécuté contre cette personne à ce titre.

Politique

La Commission déposera des brefs de saisie-exécution pour recouvrer l'entière dette des employeurs, compte tenu des montants impayés et des retards de paiement.

Les employeurs qui ne peuvent acquitter leurs dettes en un seul versement doivent convenir avec la Commission d'un mode de paiement par versements échelonnés. Dans de tels cas, la Commission émet des brefs et elle les conserve jusqu'à ce que les sommes dues aient été recouvrées en entier.

Des brefs sont émis pour des dettes :

- de plus de 10 000 \$, avec retard de plus de 90 jours,
- de 1000 à 10 000 \$, avec retard de plus de 120 jours,
- de 300 à 1 000 \$, avec retard de plus de 180 jours.

(Pour connaître la définition et le fonctionnement du mode de paiement par versements échelonnés, voir l'article connexe à la page 4.)

Afin de protéger ses intérêts financiers, la Commission peut émettre des brefs d'exécution ou encore les suspendre temporairement; dans tous les cas, les brefs sont automatiquement retirés lors de l'acquiescement intégral des dettes.

La nouvelle politique et les directives qui s'y rapportent sont entrées en vigueur le 1^{er} septembre 1990.

Avez-vous changé d'adresse?

Pour nous assurer que vous recevez bien chaque exemplaire et pour réduire nos coûts d'envoi, nous désirons garder notre système de distribution à jour. Veuillez communiquer tout changement d'adresse postale au :

Responsable de la distribution des manuels Publication des politiques Commission des accidents du travail

22^e étage
2, rue Bloor Est
Toronto (Ontario)
M4W 3C3
(416) 927-4941

L'abonnement au Bulletin des politiques est gratuit sur demande à l'adresse susmentionnée.

À l'intention des employeurs

La Direction de la classification de la CAT sera désormais ouverte jusqu'à 21 h, du lundi au vendredi, à l'intention des employeurs qui veulent faire l'inscription des entreprises, informer la Commission des fermes d'entrepreneuses ou se renseigner sur la classification. De plus, les enquêtes de classification se tiendront selon le même horaire.

Plus tard cette année, d'autres directions du service des recettes, notamment celle des services à l'employeur et celle du recouvrement et de la vérification, offriront leurs services aux mêmes heures.

Avez-vous commandé

vosre Manuel des politiques administratives?

Pour plus de renseignements, composez le 927-4941.

BULLETIN DES POLITIQUES

Le Bulletin des politiques est publié sous l'autorité et la direction du Secrétaire de l'élaboration des politiques et des programmes de la Commission des accidents du travail. S'il y a contradiction entre les déclarations contenues dans cette publication et la Loi sur les accidents du travail et/ou les politiques approuvées de la Commission, c'est à la Loi ou aux documents approuvés qu'il faut se référer.

Veuillez adresser vos questions ou commentaires à :

Directrice,
Bulletin des politiques
Service de l'élaboration des politiques et des programmes
Commission des accidents du travail
22^e étage
2, rue Bloor Est
Toronto (Ontario)
M4W 3C3

Production graphique :
personnel de bureau

Employeur et employeur successeur

Afin de déterminer les obligations des employeurs, la Commission a précisé sa définition des termes "employeur" et "employeur successeur". La définition du terme "employeur" s'applique en général aux diverses formes que peuvent revêtir les entreprises (entreprises à propriétaire exclusif, sociétés en nom collectif et sociétés commerciales), tandis que la nouvelle politique portant sur le terme "employeur successeur" touche plus particulièrement les obligations d'un employeur en ce qui a trait à l'indemnisation quand survient l'acquisition ou la restructuration d'une entreprise.

"Employeur"

La Loi définit le terme "em-

ployeur", au paragraphe 1 (1):

"... quiconque emploie, en vertu d'un contrat de louage de services ou d'apprentissage, écrit ou verbal, expresse ou implicite, une personne engagée dans un travail se rattachant à une industrie...". Le règlement 951, article 5 explique comment la Commission traite les taux de cotisation des employeurs possédant plusieurs secteurs d'exploitation. La nouvelle définition présentée ci-dessous tient compte à la fois de la Loi et du règlement :

Aux fins des obligations des employeurs en vertu de la Loi, un employeur doit s'entendre de l'entreprise à propriétaire exclusif, de la société en nom collectif ou de la société commerciale qui emploient des travailleurs. Chacune de ces entités est un employeur distinct, possédant ses propres obligations envers la Commission. Les établissements auxiliaires, divisions ou autres éléments d'une entreprise ou d'un même employeur ne doivent pas être considérés comme employeurs distincts au chapitre des obligations, notamment en ce qui a trait aux obligations de cotisation.

De cette définition découle le principe selon lequel, quelle que soit l'entité sous laquelle se présente un

employeur – entreprise petite, grande, centralisée ou décentralisée – cette entité est bel et bien l'employeur par rapport à tous les travailleurs des divers éléments.

Dans les entreprises à propriétaire exclusif (c.-à-d. exploitées sans l'aide de personne sauf les travailleurs), les propriétaires sont seuls responsables de leurs obligations. Dans le cas des sociétés en nom collectif, constituées de personnes physiques ou de personnes morales, les obligations retombent sur les associés, individuellement et collectivement. Quant aux sociétés commerciales, elles forment des entités juridiques et chacune est considérée comme personne distincte, ayant les mêmes obligations envers la Commission que les entreprises à propriétaire exclusif ou les sociétés en nom collectif.

Par souci de clarté et de simplicité, la Commission utilisera désormais le terme "employeur" au lieu d'"entreprise" et d'"entité commerciale"; de plus, elle utilisera l'expression "numéro d'employeur" au lieu de "numéro d'entreprise".

"Employeur successeur"

Quand survient la vente d'une entreprise ou sa restructuration, qui est responsable des obligations relatives à l'indemnisation des travailleurs? L'employeur d'avant ou celui d'après? Selon la nouvelle politique et de la définition qui en découle, tout dépend des mesures de restructuration prises ou des ententes conclues entre l'employeur et l'employeur successeur.

En règle générale, le nouvel employeur – le successeur – n'est pas responsable des obligations de l'ancien : en effet, l'acquisition de l'entreprise signifie effectivement l'établissement d'un nouvel employeur qui ne saurait être responsable des obligations connues antérieurement. Mais il y a des exceptions. L'employeur successeur devient responsable :

- quand le changement au niveau de la propriété d'une société provient d'une acquisition d'actions;

[la propriété de la société a été modifiée mais non l'entité elle-même : aucune nouvelle entité n'a été créée]

- quand une nouvelle société est formée par la fusion de deux ou plus de deux sociétés distinctes; [en vertu de la Loi sur les compagnies de l'Ontario et de la Loi sur les corporations commerciales canadiennes, quand une nouvelle société est formée par la fusion de deux ou plus de deux sociétés distinctes, la nouvelle société est responsable de toutes les obligations et dettes des sociétés précédentes]

• quand il existe entre le nouvel employeur et l'ancien une relation telle que le changement survient est essentiellement une manipulation de la propriété visant à éviter les responsabilités relatives à l'indemnisation des travailleurs et que l'ancien employeur devient effectivement le contrôleur du nouveau; [la Commission déterminera si la transaction a été faite de bonne foi et sans "lien de dépendance"; (selon le *Canadian Law Dictionary*, ce lien est entendu de parties qui sont inconnues les unes des autres et qui n'ont aucune obligation ou relation particulière)]

- quand l'ancien employeur et le nouvel employeur successeur en charge par l'employeur successeur. La définition d'employeur et la politique à l'égard des employeurs successeurs s'appliquent à tous les cas présentés à compter du 1^{er} septembre 1990.



Le Bulletin des politiques est maintenant imprimé sur du papier recyclé, exempt d'acide et ce, sans frais supplémentaires.

Paiement échelonné des cotisations

La Commission doit veiller à ce que la caisse des accidents soit constamment pourvue des fonds dont elle a besoin. En raison de cette responsabilité, il est nécessaire d'astreindre les employeurs à payer leurs cotisations et de recouvrer les montants en souffrance.¹ La Commission est consciente du fait que certains employeurs peuvent connaître des difficultés financières et que, pour eux, le paiement intégral de leurs cotisations pourrait mettre en péril l'exploitation de leur entreprise. Dans de tels cas, la solution la plus pratique est de permettre le paiement échelonné des cotisations.

POLITIQUE

Le paiement échelonné des dettes à la Commission peut être permis dans des circonstances exceptionnelles, lorsque, par exemple, un employeur connaît des difficultés financières. La Commission peut permettre le remboursement de dettes selon une telle méthode, sous réserve des conditions qu'elle aura fixées.

Il faut souligner que le mode de paiement par versements échelonnés n'est utilisée que dans des cas d'exception, lorsqu'un employeur connaît des difficultés financières extrêmes et que le paiement intégral des cotisations risque de provoquer la faillite. Il incombe à l'employeur de prouver l'existence de telles difficultés.

Avant d'autoriser un mode de paiement des cotisations par versements échelonnés des cotisations, la Commission fait une analyse du risque financier pour savoir si le paiement de la dette en entier peut provoquer la faillite de l'entreprise. Cette analyse sert également à déterminer le maximum et la fréquence des paiements échelonnés.

L'analyse du risque financier porte sur les points suivants :

- les états financiers vérifiés de l'employeur,

- l'ampleur de la dette payable à la Commission, y compris les amendes prévues pour paiement en retard,
- l'état de la trésorerie de l'employeur,
- les rapports de solvabilité, et les autres créanciers et les montants dus par l'employeur.

Mode de paiement

Comme nous l'avons indiqué dans le numéro de novembre 1989 (voir Bulletin des politiques, Vol. 2, N° 5), le nombre maximum de versements échelonnés est de douze, étalés sur une période de trois ans. Toutefois, la durée de l'échelonnement et le montant des paiements doivent être en fonction du maximum que peut payer l'employeur sans être en faillite. Si, au cours d'une période d'échelonnement, la situation financière de l'employeur s'améliore, la fréquence des paiements est rajustée en conséquence. Toutefois, si l'employeur doit faire face à des difficultés financières supplémentaires, lorsqu'il est sujet à une amende en vertu du paragraphe 91 (7) (voir Vol. 2, N° 3) par exemple, le montant des amendes est incorporé aux paiements échelonnés. Aucun autre mode de paiement n'est envisagé.

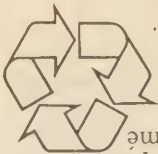
En signant une convention de paiement, l'employeur ne renonce pas à son droit de contester une décision de la Commission. Toutefois, même si un employeur peut constater le montant d'une dette, il ne peut en appeler de la méthode de recouvrement utilisée, car cette dernière n'est pas sujette à révision.

Avez-vous commandé votre Manuel des politiques administratives? Pour plus de renseignements, composez le 927-4941.

Garantie d'intérêt

- Ayant établi un mode de paiement par versements échelonnés, la Commission garantit son intérêt financier de l'une des façons suivantes :
- en obtenant, si possible, une lettre de crédit d'un montant suffisant pour couvrir la dette,²
 - en obtenant la garantie de la dette, et
 - en déposant un bref d'exécution (voir l'article connexe).
- Si un employeur manque d'observer les conditions relatives à l'échelonnement des paiements, il devra acquitter l'entière somme due dans les sept jours ouvrables. Si le paiement n'est pas reçu au cours de ce délai, l'échelonnement est annulé et les autres recours sont utilisés : la lettre de crédit ou toute autre forme de garantie établie au départ est présentée ou le bref d'exécution est déposé.

- REMARQUES : 1.** Aux fins des présentes, la "dette" peut comprendre :
- la cotisation fondée sur la liste de paie annuelle de l'employeur,
 - les cotisations spéciales, et les amendes et intérêts pour non-respect des exigences de déclaration.
2. Il n'est pas toujours possible d'obtenir une lettre de crédit. Les banques n'émettront vraisemblablement pas de lettre de crédit pour une entreprise en difficulté. De plus, les lettres de crédit peuvent être révoquées ou parvenir à échéance. Il est donc préférable d'obtenir une lettre de crédit irrévocable.



Le Bulletin des politiques est maintenant imprimé sur du papier recyclé, exempt d'acide et ce, sans frais supplémentaires.

Amendes pour déclaration en retard

Saisie-arret au titre des aliments versés à la famille

Pour traiter les demandes d'indemnisation, la Commission doit recevoir tous les renseignements pertinents. Pour l'aider à rassembler toute l'information requise, la Loi exige, à l'article 121, que vous présentiez un rapport écrit dans les trois jours qui suivent le moment où vous apprenez la survenance d'une lésion ou d'une maladie professionnelle qui empêche un travailleur de gagner son salaire au complet ou qui l'oblige à recevoir des soins médicaux.

Vous devez présenter tous les renseignements exigés par la Commission. Une nouvelle politique, qui entrera en vigueur le 15 novembre 1990, vous obligera dans tous les cas de maladie ou d'accident à remplir le formulaire 7, "Avis d'accident ou de maladie (employeur)", et de le retourner dans les trois jours.

Les manquements à cette obligation sont considérés des contraventions à la loi qui donnent lieu, dans chaque cas, à une amende de 250 \$. De plus, chaque contravention est également une infraction à la loi provinciale et son auteur, s'il est reconnu coupable, est passible d'une amende pouvant atteindre 25 000 \$.

En l'absence du formulaire 7, la Commission doit entreprendre le processus d'indemnisation, en se basant sur les renseignements versés au dossier. Même si cela n'est pas dans le meilleur intérêt de l'employeur, la Commission est tenue de fournir aux travailleurs les indemnités et les services en temps opportun. Il est donc essentiel que vous fassiez un effort particulier pour vous conformer aux obligations de déclaration contenues dans la Loi.

Veuillez faire en sorte que tous les employés engagés dans le processus de déclaration des accidents de travail à la Commission des accidents du travail soient informés de la présente politique.

"Cinquante pour cent du salaire d'une personne est insaisissable lors de l'exécution d'une ordonnance alimentaire exécutoire en Ontario."

• L'article 50 dit maintenant que la Commission distraira les indemnités "conformément à un avis de saisie-arret donné par un tribunal de l'Ontario".

• Selon le paragraphe 50 (1a) modifié, les indemnités sont réputées un salaire, à l'exclusion explicite des fonds mis en réserve aux termes du paragraphe 45b (1). Ces fonds (voir le Bulletin des politiques, Vol. 3, N° 4) sont mis en réserve pour indemniser les travailleurs de la perte du revenu de retraite : ils ne peuvent être saisis. La partie des indemnités pouvant être saisie comprend les indemnités pour invalidité partielle et totale temporaire et les pensions pour invalidité partielle et totale permanente.

Pratique de la Commission

Après réception d'une ordonnance d'un tribunal de l'Ontario et d'un avis de saisie-arret, la Commission amorce le processus visant à remettre au shérif le montant des indemnités indiqué à l'avis, jusqu'à concurrence de 50 pour cent. Si un travailleur blessé est en attente de versements d'indemnités et que l'employeur lui paie des avances ou des indemnités en retenant une somme d'argent pour la saisie-arret, la Commission ne peut rembourser l'employeur du montant saisi. La Commission rembourse l'employeur de cette partie des indemnités du travailleur égale au montant des avances, moins les sommes retenues. Le solde des indemnités est versé directement au travailleur, à moins que le tribunal n'ait émis un avis de saisie-arret à l'intention de la Commission pour ledit travailleur. Les travailleurs peuvent en appeler de la saisie du salaire devant les tribunaux. Cependant, les décideurs de la Commission sont tenus de respecter l'avis de saisie-arret, à moins de recevoir une nouvelle ordonnance.

Politique

Conformément aux modifications apportées à l'article 50 de la Loi par la Loi 162, la Commission continue de respecter la saisie-arret des versements d'indemnités pour les aliments du conjoint d'un travailleur ou des personnes à sa charge. Ces modifications, d'ailleurs, se traduisent par la politique suivante :

Modifications à la Loi 162

entrées en vigueur le 1^{er} janvier 1990

- L'obligation de la Commission de respecter la saisie-arret au titre des aliments versés à la famille vise les montants faisant défaut ou les arrérages accumulés après le 1^{er} avril 1985. Alors que l'article 50 précisait auparavant que "la Commission détermine l'indemnité conformément à l'ordonnance, en cas de défaut de paiement..." le nouveau paragraphe 50 (1a) précise que la saisie-arret des indemnités est assujettie aux limites et modalités établies dans les paragraphes 7 (1) à (5) de la Loi sur les salaires. Selon le paragraphe 7 (3) de ladite loi :

Lorsqu'un travailleur est admissible à une indemnisation en vertu de la Loi sur les accidents du travail, que le conjoint du travailleur ou les personnes à sa charge ont droit de recevoir des aliments en raison d'une ordonnance de tribunal et qu'un avis de saisie-arret est reçu par la Commission à l'égard dudit travailleur, la Commission a le devoir et l'obligation de remettre au shérif toute somme d'argent exigée dans l'ordonnance et l'avis, jusqu'à concurrence de 50 pour cent du montant des indemnités versables au travailleur. Les indemnités sont considérées comme un revenu et un salaire assujettis à la saisie-arret, à l'exception des sommes d'argent payables en vertu de l'article 45 (b) de la Loi.

Progression du processus de consultation

(suite de la page 1)

La Commission a également consulté un certain nombre de groupes spécialisés au sujet de diverses mesures importantes portant sur les politiques et visant, de la part des participants, un engagement plus grand en terme d'heures que ne le fait la participation à un GCE. Au total, sept groupes ont pris part, à titre critique ou consultatif, à de grands projets tels que les stratégies de réadaptation médicale et professionnelles, la NMEET, ainsi que la formulation des règlements et des politiques rattachées à la Loi 162.

Modifications principales

La Commission poursuivra les initiatives de consultation prises depuis 1988 et amorcera immédiatement la mise en oeuvre des modifications les plus récentes qui ont été proposées.

Consultation élargie

Pour représenter de façon adéquate les intervenants externes, nous élaborerons des critères visant l'accroissement, au besoin, du nombre de participants aux GCE et autres groupes de consultation.

Distribution des documents

La Commission continuera de distribuer les deux types de documents qu'elle utilise présentement. Les documents de type 1, communément appelés documents de travail, traitent des questions dans le sens large sans recommander de politique précise (ex. : le document de travail de 1989 sur les facteurs de stress au travail qui soulignait des questions d'ordre scientifique et juridique, mais sans y répondre). Les documents de type 1 sont souvent, mais pas toujours, suivis de documents de type 2, ou documents de politique, documents d'énoncés de recommandation, en regard aux politiques de la Commission, une orientation sur laquelle les intervenants sont ensuite appelés à se prononcer.

Séances d'information

Étape 1

Après la distribution des documents de type 1 ou 2, le personnel

de la Commission annoncera la tenue de séances d'information portant sur les questions soulevées.

Séances de consultation

Étape 2

Le personnel de la Commission tiendra des séances de consultation à l'intention des membres des GCE ou d'autres groupes spéciaux. Ces séances serviront de tribune par laquelle les intervenants externes pourront faire part de leurs réactions à la Commission.

Assemblées publiques

Étape 3

Si une question est reconnue comme ayant des effets d'une grande portée, un document sera publié dans la *Gazette de l'Ontario*; par la suite, le personnel de la Commission annoncera la tenue d'assemblées publiques pour permettre aux personnes intéressées d'exprimer leur point de vue sur la question.

Rapports au conseil

d'administration

Après chacune des trois étapes, des rapports seront préparés à l'intention du conseil d'administration. Ces rapports résument les délibérations, présenteront le pour et le contre des questions soulevées par les intervenants externes, et renfermeront des recommandations sur les politiques, selon le cas.

Audiences publiques

Étape 4

Si, de l'avis du conseil d'administration, une question est reconnue comme essentielle au régime d'indemnisation des travailleurs, la Commission publiera des documents de type 2 (énoncé de politique) dans la *Gazette de l'Ontario* et invitera les parties intéressées à présenter leurs réactions par écrit et à participer à une audience publique au cours de laquelle la question sera débattue en entier, et dans les formes. L'audience publique sera convoquée et présidée par le conseil d'administration (ou un comité du conseil d'administration).

Dans certains cas, le conseil d'administration pourra juger nécessaire d'adopter une approche plus expéditive envers une question et de modifier le processus de consultation.

Exceptions

Afin d'assurer une approche cohérente et éviter la dispersion des efforts, et pour que les intervenants ne soient pas aux prises avec des horaires incompatibles, la Commission mettra sur pied une unité centrale à la Division de l'élaboration de la politique générale et des services d'analyse qui se chargera de coordonner tout le processus de consultation.

Premières consultations par recours aux audiences publiques

Le processus de consultation complet, en quatre étapes, sera mis en oeuvre en avril 1991 lorsque les deux documents de politique, intitulés *Liens de causalité avec le travail dans le régime d'indemnisation des travailleurs* et *Indemnisation des travailleurs souffrant d'in-stress au travail*, en révision, passeront à la 3^e étape, celle des assemblées publiques.

Nous vous donnerons plus de précisions sur les assemblées et les audiences publiques dans le *Bulletin des politiques*, à une date ultérieure. ☐

REMARQUES : En 1980, le professeur Weiler était nommé par le gouvernement de l'Ontario pour étudier le régime d'indemnisation des travailleurs. Son premier rapport s'intitulait : *Reshaping Workers Compensation for Ontario*. En avril 1983, il présentait un deuxième rapport, intitulé *Protecting the Worker from Disability: Challenges for the Eighties*. Le troisième rapport, et le dernier, a été présenté en décembre 1986, *Permanent Partial Disability: Alternative Models for Compensation*. Le texte de ces rapports se trouve à la bibliothèque de la Commission, au 22^e étage, 2, rue Bloor Est, à Toronto.



Barème de taux pour perte non économique

En vertu de l'article 45 de la Loi, "Le travailleur qui souffre d'une déficience permanente résultant d'une lésion a droit à une indemnité pour perte non économique en plus de tout autre avantage..." Pour assurer l'uniformité des indemnités pour perte non économique, il faut recourir à une méthode structurée et fiable pour mesurer la perte de jouissance de la vie, ainsi que les douleurs et souffrances découlant d'une lésion reliée au travail ou d'une maladie professionnelle.

En conséquence, la Commission mène présentement une recherche pour élaborer un barème de taux relatifs aux déficiences permanentes, et il est prévu que cette recherche sera complétée d'ici le début de l'été de 1991.

Entre-temps, pour déterminer le degré de déficience permanente d'un travailleur, exprimé en pourcentage de la déficience permanente totale, la Commission envisage l'utilisation d'un barème de sage l'intermédiaire fondé sur l'ouvrage intitulé *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment* (Directives relatives à l'évaluation de la déficience permanente), de la troisième édition, de l'American Medical Association. D'autres juridictions canadiennes, comme Terre-Neuve, le Nouveau-Brunswick, le Québec, la Saskatchewan et les Territoires du Nord-Ouest utilisent des normes basées sur les directives de l'AMA.

SOMMAIRE ...

Saisie-arrêt au titre des aliments versés à la famille	3
Amendes pour déclaration en retard	3
Paiement échelonné des cotisations	4
Employeur et employeur successeur	5
Bref de saisie-exécution	6

intervenants externes, appelés à former par la suite le noyau du Groupe de consultation externe (GCE).

Mesures prises

Depuis 1988, la CAT a présenté aux membres du GCE et aux diverses personnes intéressées au processus de consultation, 29 documents de travail ou énoncés de politique portant sur diverses questions telles que l'indemnisation des personnes atteintes de stress professionnel chronique, les amendes imposées aux employeurs, et la perte économique. Depuis lors, cette participation s'intensifie. Le document le plus récent sur les facteurs de stress au travail a été envoyé à 195 personnes qui avaient répondu à une invitation publiée dans le *Bulletin des politiques*. De plus, un avis envoyé aux abonnés du *Manuel des politiques administratives* a suscité plus de 700 demandes pour le document de travail sur la perte économique.

(suite à la page 2)



Les intervenants de la région de Hamilton assistent à l'une des onze réunions tenues à l'échelle de la province par la CAT pour discuter du document portant sur les "liens de causalité avec le travail".

Progression du processus de consultation

Le 5 octobre 1990, le conseil d'administration approuvait des propositions visant une approche plus générale en ce qui a trait à la consultation, marquant ainsi une autre étape dans l'élaboration des politiques concernant l'indemnisation des travailleurs.

Antécédents

Le coup d'envoi de la participation du grand public au processus d'élaboration des politiques a été l'adoption, en 1985, de la Loi 101 qui intégrait certaines recommandations du rapport *Reshaping Workers Compensation for Ontario* de Paul Weiler, professeur de droit de Harvard. Un premier cap a été franchi en 1988 quand a été formé, suivant l'une des recommandations de Weiler, le premier conseil d'administration indépendant. Peu après, dans un effort de recherche sur la meilleure façon de mettre en oeuvre le processus de consultation envisagé par le professeur Weiler, la Commission convoquait la première réunion des

POLICY REPORT



Workers'
Compensation
Board

Commission
des accidents
du travail

December 1990

Vol. 3 No. 6

Changes to CPD

Earlier this year, Board administrators were asked by the board of directors to review and report back on two issues concerning the Chronic Pain Disability (CPD) policy:

1. the appropriateness of the "six-months past normal healing time" of the injury as a threshold for rating, and
2. the appropriateness of the rating schedule for CPD and fibromyalgia syndrome.

Both of these issues have been examined and, as a result, some changes have been made to the CPD policy.

"Six Months Beyond Usual Healing Time"

Originally, it was felt that a worker suffering from CPD should generally be rated for pre-Bill 162 permanent disability benefits, 6 months after the "usual healing time" for the injury. Usual healing time was defined as "that point in time following an injury at which a worker should have regained his/her pre-accident functional ability or reached a plateau in physical recovery."

To assist decision-makers in determining usual healing times, a chart listing common injuries and conditions was developed, with corresponding healing times. This chart has been applied to all injured workers but not to those returning to exceptionally heavy work. However, the board of directors has now acknowledged that this chart may have been too arbitrary in that it does not allow for individual differences in the time it takes workers to achieve maximum medical rehabilitation (MMR). The new approach requires that decision-makers use the chart only as a guide to establish approximate healing times, and that they should then look to the general principles

for determining MMR, to ensure that individual worker differences have been considered when deciding if a worker should be rated.

CPD Interim Rating

When the interim CPD policy was first developed, the Board did not have a pension rating schedule that dealt directly with the issue of pain. Therefore, a group of senior Board staff, experienced in the assessment of clinical impairment of earning capacity, developed a rating schedule which was approved by the board of directors on an interim basis.

Since it was impossible to determine, objectively, the nature and degree of disabling pain experienced by a person diagnosed as having CPD, "marked life disruption" – the amount of disruption in the occupational, social, and home life of the worker – was chosen as the means of measurement.

Psychotraumatic Disability Rating

The Board has used an approach similar to CPD rating for calculating the effect of psychotraumatic disabilities: a comparison of pre-injury and post-injury behaviour. Each of the 4 categories of the psychotraumatic disability rating schedule describes increasing levels of behavioural problems and awards pensions accordingly. (cont'd on page 2)

Correction Attention Employers

The penalty in 1991 for failure to complete and submit the standard "Employer's Report of Injury or Disease" (Form 7) within the required 3 calendar days (of knowing of the accident) is \$150 for each contravention and not \$250 as reported in *Policy Report* Vol. 3 No. 5.

Experience Rating and 91(7) News

On September 7, 1990, the board of directors approved a new experience rating policy that will result in all employers being covered under the NEER or CAD7 experience rating plans by 1995.

Also, in March of this year the board of directors approved several amendments to the s.91(7) program, which were to become effective in 1991 (see *Policy Report* Vol. 3 No. 2). As the Board does not apply s.91(7) penalties to employers participating in NEER and CAD7, application of the 91(7) program will be significantly reduced by 1992 and will be phased out completely by 1995.

Because the s.91(7) program will be phased out, the board of directors has rescinded the amendments to it, though the program will continue in its current form until it is phased out completely in 1995.

IN THIS ISSUE...

<i>Changes to CPD</i>	1
<i>Experience Rating & 91(7) News</i>	1
<i>Extended Hours</i>	2
<i>Collections</i>	3
<i>Worksite Interviews</i>	3
<i>Policy Report Index</i>	(Insert)
<i>Policy Publications – 1990 Review</i>	4
<i>Did you know...Health-Care Worker Entitlements</i>	4

Changes to CPD

(cont'd)

Category 1

Minor Impairment of Total Person (10%)

In this category the injured worker's daily activity is slightly limited and no apparent difficulties are reported in personal adjustment. There is also some loss in personal or social efficacy and the secondary psychogenic aggravations are caused by the emotional impact of the accident.

A mild anxiety reaction is apparent. The display of symptoms indicate a form of restlessness, some degree of subjective uneasiness and tension caused by anxiety. There are subjective limitations in functioning as a result of the emotional impact of the accident.

The disability, from the psychiatric point of view, is not expected to be permanent.

Category 2

Moderate Impairment of Total Person (15% - 25%)

In this category, the worker is still capable of looking after personal needs in the home environment but, with time, confidence diminishes and the worker becomes more dependent on the members of the family in all activities which take place outside the home. The worker demonstrates a moderate, at times episodic, anxiety state, agitation with excessive fear of re-injury, nurturing strong passive dependency tendencies.

The emotional state may be compounded by objective physical discomfort with persistent pain, signs of emotional withdrawal and depressive features, loss of appetite, insomnia, chronic fatigue, low noise tolerance, mild psychomotor retardation and definite limitations in social and personal adjustment within the family. At this stage, there is a clear indication of psychological regression.

Category 3

Major Impairment of Total Person (30% - 50%)

In this category the worker displays a severe anxiety state, definite deterioration in family adjustment, incipient breakdown of social integration, and longer episodes of depression. The worker tends to withdraw from the family, develops severe noise intolerance and a significant diminished stress tolerance. A phobic pattern or conversion reaction will surface with some bizarre behaviour, a tendency to avoid anxiety-creating situations, with everyday activities restricted to such an extent that the worker may be homebound or even roombound at frequent intervals.

Category 4

Severe Impairment of Total Person (60% - 80%)

In this category, the worker clearly displays a chronic and severe limitation of adaptation and function in the home and outside environment.

The worker is withdrawn, forgetful, unable to concentrate, and needs continuous emotional support within the family setting. The worker is incapable of self-care and neglects personal hygiene.

There may be an obvious loss of interest in the environment and the worker becomes extremely irritable, showing significant emotional lability, changes of mood and uncontrolled outbursts of temper.

The worker may be severely depressed with outstanding features of psychomotor retardation and psychological regression. The worker is usually homebound or even roombound.

Because both the CPD and Psychotraumatic rating systems are based on assessing the effect of the impairment on an injured worker, and because the psychotraumatic system is more detailed and, therefore, more precise, the board of directors considered it reasonable to use only that schedule for both CPD and psychotraumatic conditions, and to rename it: "Psychotraumatic and Behavioural Disorders Rating Schedule". As such, the old interim CPD rating schedule has been abolished, and

- CPD
- fibromyalgia syndrome (recognized as a variant of CPD), and
- psychotraumatic disabilities

will all be rated under the new schedule:

Level of Total Person Impairment	Degree of Impairment
Category 1	10%
Category 2	15 - 25%
Category 3	30 - 50%
Category 4	60 - 80%

The change in the rating schedule is retrospective from March 27, 1986, the effective date of the CPD policy.

Attention Employers! Extended Hours

The WCB's Classification Branch has extended its service to employers to 9.00 p.m. Monday to Friday. Employers may register firms, notify the Board of business closures, and make classification inquiries. Classification investigations will also be conducted at night.

Other branches in the Revenue Department are also offering extended services:

Effective January 1, 1991, telephone enquiry service in the Employer Services Branch has been extended to 8.00 p.m. Monday to Friday.

The Collections Branch, which is located in the Hamilton Regional Office, is planning to introduce evening services, beginning February 1, 1991. Further details will follow.

Collections

New Policy

In the process of reviewing operational policies associated with the Revenue Strategy, the Board re-examined its practice of suspending collection activities.

The issue to be decided was the circumstances, if any, under which the Board should suspend collection activities. The Board issued its decision in the following policy statement:

Policy

The Board will not suspend collection activities, except in accordance with s.86n(4).

Section 86n(4) states that when the board of directors is reviewing a WCAT decision under s.86n, "...the board of directors of the Board, may stay the enforcement or execution of the order made under the decision or may vacate the order if it has been implemented."

The Board has, in the past, suspended some collection activities; among them, the collection of 91(7) penalties following an employer appeal. However, suspension of all collection activities, except under s.86n, will cease when the new policy comes into effect on January 1, 1991.

In determining the new policy, the Board held that

- the initial decision with respect to the assessment of a penalty is valid and enforceable until it is overturned
- section 91(7) penalties are deemed additional assessments, payable to the accident fund, and the Board is obligated under s.89 to ensure the sufficiency of the fund.

(cont'd on page 4)

Work-site Interviews and Inspections

As soon as a work-related injury is reported to the Board by the employer, or the worker, or by some other interested party, the claims adjudication process begins. Crucial to the process is accurate information. For this reason, it is sometimes necessary for a Board field investigator to inspect the work-site and interview the parties involved in the accident, including the injured worker and, sometimes, witnesses.

Section 81(e) of the *Act* gives the Board permission "...to enter any premises where work is being done by a worker or in which the employer carries on business ...and inspect and view any work, material, machinery or appliance or article therein and interrogate any person respecting any matter ..."

The question that arises is "Should the employer be present when a worker is interviewed?"

Until recently, there was no Board policy that specifically addressed this question. While the Board's

preferred practice has been for the worker and the investigator to meet privately, it was not unusual for the employer/employer representative to be present.

On October 1, 1990, a new Board policy came into effect

Policy

An employer shall not attend at the interview of a worker by a Board employee investigating the accident unless there is a necessity for the employer to be present.

The aim of this policy is to create an atmosphere in which the worker can more freely talk to the Board investigator. It should be noted that this approach is not prejudicial to the interests of the employer. Information provided by the employer is taken into consideration and, of course, the employer always has the right to appeal any decision made by the Board.

Start the New Year Right!

Submit any changes in your mailing address to:

Manuals Distribution Specialist,
Policy Publications,
Workers' Compensation Board,
2 Bloor Street East,
22nd Floor,
Toronto, Ontario,
M4W 3C3
(416) 927-4941

Subscriptions to *Policy Report* are free on request to this address.

Policy Publications – 1990 Review

At the close of 1990, Policy Publications will have concluded its third year publishing and distributing policy information to the Board's internal and external stakeholders.

Policy Report

Six issues of *Policy Report* (in English and French) were distributed to over 6,000 subscribers across the province and in other jurisdictions, including the United States, Germany, and Australia.

Articles reflecting new or revised operational policies covered a variety of topics.

Policy Publications jumped on the "green bandwagon" and used, for the first time, recycled acid-free paper for the May issue of *Policy Report*. We are pleased to report that the cost of the recycled paper is no more (or less) than that previously used, and it is also recyclable. The only noticeable difference, a slightly darker hue, is one which we accept on behalf of our readers.

For the second time, Policy Publications is issuing an updated index (centre-fold) of articles published since Vol. 1 No. 1. It helps us. We hope it helps you.

The Operational Policy (OP) Manual

In the second half of the year, the *OP manual* entered a new phase, as evidenced by the ratio of new to revised documents published in the 6 transmittals distributed during the year. While new documents comprised almost 100% of the first two transmittals, the most recent transmittals consisted mainly of revisions. In total, 120 new policy documents and 66 revised documents were published. In terms of printing, this amounted to approximately 900 pages printed for each of our OP manual subscribers who now number 2220.

From the staff of Policy Publications, Operational Policy Branch, we once again wish you a healthy and happy holiday season and a prosperous New Year.



Collections New Policy (cont'd)

On January 1, 1991, the Board will remove all assessments held in "suspense accounts" – which protected employers from late payment charges – and place these accounts for collection in the usual manner.

In addition, the Board will pre-screen all prospective s.91(7) penalty notices to ensure that they are based on appropriate information. In particular, the Board will ensure that the "one expensive claim" rule is applied, and that the costs of that claim will not be considered when deciding whether the employer has met the criteria for a s.91(7) penalty.

Did You Know that ...

- health care workers, such as medical practitioners, nurses (including public health nurses), laboratory attendants and ambulance attendants, who contract work-related infectious diseases are entitled to compensation benefits;
- workers are entitled to compensation benefits if they suffer adverse reaction to immunization for the prevention of work-related disease or infection;
- if a work-related accident occurs, a worker is entitled
 - to a single dose of tetanus human antisera, if there was no prior immunization, or
 - to a booster dose of tetanus toxoid, if the injured worker had previously been immunized.

Policy Report is now printed on acid-free, recycled paper at no extra cost.



-POLICY REPORT-

Policy Report is published under the authority and direction of the Operational Policy Branch of the Workers' Compensation Board. If there is any conflict between the statements contained in this publication and the *Workers' Compensation Act* and/or Board approved policy documents, the *Act* or the approved document governs.

Comments or inquiries should be addressed to:

Editor,
Policy Report,
Operational Policy Branch,
Workers' Compensation Board,
2 Bloor Street East, 22nd Floor,
Toronto, Ontario, M4W 3C3.

Graphic Production:
Graphics Services,
Communications.

Policy Report Index

For those of you who are collecting issues of *Policy Report*, this index is provided to give you quick access to articles.

Subject	Vol.	No.	Issue	Subject	Vol.	No.	Issue
A.							
Access – Information	1	1		Demerit Systems and Experience Rating	1	6	
	1	3		Did you Know...Health-care worker entitlements	3	6	
Access – Medical Information	2	6		"Disablement" and "Chance Event"	1	6	
Acts of Heroism, Rescue and Goodwill	1	4		Disclosure – Medical Information	2	6	
Adjudication Strategy	2	2		Dispute – Issue in	3	2	
Allowances – Clothing	3	2		Drugs – Excessive Use	3	2	
Anonymity – Workers'	3	2		E.			
Arrears – Garnishments for Family Support	3	5		"Employers" and "Successor Employers"	3	5	
Assessments – Phased Payment Plans	3	5		Earnings Basis Policy	2	4	
Attendant's Allowance	2	3		Employer Reporting			
Attendant's Allowance Revised	2	1		Obligations and Penalties	2	1	
Attention Late-Filing Employers – Policy Increases Fines	3	5			2	5	
Automatic Overpayment Recovery	2	5		Excessive Drug Use	3	2	
B.				Expenses – Funeral	3	4	
Bank Charges on NSF Cheques	3	1		Experience Rating and Demerit Systems	1	6	
Bill 162 Consultation	2	6		Experience Rating and 91(7) News	3	6	
Bill 162 Policies	3	1		F.			
C.				Farm Workers – Migrant Fibromyalgia/Chronic Pain Disorder	1	3	
CAD 7 – Notice To Employers	3	4			1	5	
Calculating Supplementary Awards	2	6		Fines, Non-compliance to Act	3	3	
Cancer, Gold Miners Claims Policy	1	1		Fines, Late Filing Employers	3	5	
"Chance Event" and "Disablement"	1	6		Firefighters – Forest	2	6	
Chronic Pain Disability	3	6		Forest Firefighters	2	6	
Chronic Pain Disorder – Update, Retroactivity –	3	3		Freedom of Information and Protection of Privacy Act (FIPPA)	2	4	
Changes to CPD	3	6		French Services	1	6	
Chronic Pain Disorder/Fibromyalgia	1	5		Funeral Expenses Increased	3	4	
Clothing Allowance – WBS Policy Changes	2	2		G.			
Clothing Allowances	3	2		Garnishments for Family Support Arrears	3	5	
Collections – New Policy	3	6		Gold Miner's Claims Policy	1	1	
Commutation of Pensions	2	2		Goodwill, Acts of	1	4	
Communication Strategy	2	3		H.			
Consultation Invited – Work-Relatedness	3	2		Harmful Medical Information	2	6	
Workplace Stressors	3	2		Health Care – Out-of-Province	2	1	
s.45a	3	3		Health Care Worker – Entitlements	3	6	
Medical Rosters	3	4		Hearing Loss Policy	1	3	
Consultation Process	1	2		Hearings – WCB Staff as Witnesses	3	4	
Consultation Process Continues to Evolve	3	5		Heroism	1	4	
Coverage for Non-Residents	3	3		I.			
D.				Incentive System	1	6	
Deafness	1	3		Information – Access	1	1	
Deceased Workers' Personal Information	3	1			1	3	
Decision Review Branch Decentralizes	2	1		Information – Freedom of	2	4	
Delayed Benefits – Board Pays Interest	2	2		Integration of Policy Manuals	1	2	
Revised	3	2		International Reciprocal Agreements	2	5	
				Interest on Delayed Benefit Payments	2	2	
				Interviews – Workers at Work-site	3	6	
				Issue in Dispute	3	2	

Policy Report Index

Subject	Vol.	No.	Issue	Subject	Vol.	No.	Issue
L.				Retirement Pension Benefits	3		4
Late Filing Employers - Fines	3		5	Revenue Strategy	2		3
Lexicon - WCB Bilingual	1		5	S.			
	2		1	Section 54 Policy Changes	1		5
Liability - Unfunded	3		1	Section 91(7) Penalties	2		3
Library Services	1		6	Section 91(7) Revised	3		2
M.				Seizure and Sale - Writs	3		5
Medical Appointments -				Significant Medical Information	2		6
Workers' Expenses	3		4	Strategic Policy and Analysis			
Medical Information - Access	2		6	Division	1		4
Disclosure	2		6	Stress	1		3
Migrant Farm Workers' Coverage	1		3	Stressors - Workplace	2		3
N.				Successor Employers	3		5
New Policy - Collections	3		6	Suicide Following Work-Related			
NSF Cheques - Bank Charges	3		1	Injury	3		1
Non-Economic Loss Schedule	3		5	Supplementary Awards - Calcula-			
Non-Residents Coverage	3		3	tion	2		6
Non-Compliance to Act - Fines	3		3	Supplementary Benefits - Update	1		1
O.				Supplements to Part-Time			
Operational Policy Branch	1		1	Workers	2		2
Operational Policy Manual	2		4	Survivors' Benefits 1989	2		1
Out-of-Province - Health Care	2		1	T.			
Outside Canada - Pension				Temporary Total Disability Pay-			
Payments	2		5	ments- 1915 to 1988	1		2
Overpayment - Automatic				Travel Expenses	1		2
Recovery	2		5	U.			
P.				Unfunded Liability	3		1
Part-time Workers Supplements	2		2	V.			
Pension - Retirement Benefits	3		4	Vocational Rehabilitation Policies	3		2
Pension Commutation	2		2	W.			
Pension Payments Outside Canada	2		5	WCB Library Services	1		6
Personal Information - Deceased				WCB Bilingual Lexicon	1		5
Workers'	3		1		2		1
Phased Payment Plans for				Witnesses at Hearings - WCB			
Assessments	3		5	Staff	3		4
Policies - Bill 162	3		1	"Work-relatedness"	3		3
Policy - Gold Miners' Claims	1		1	Work-relatedness - Workplace			
Policy Manuals Integration	1		2	Stressor Claims	3		3
Policy Projects	1		4	Workers to be Reinstated	3		1
Policy Publications -				Workers' Anonymity	3		2
1989 Review	2		6	Workers' Benefit System Policy			
1990 Review	3		6	Issues	2		2
Protection of Privacy and Free-				Workers' Expenses for Medical			
dom of Information	2		4	Appointments	3		4
R.				Workers' Reports	3		3
Reciprocal Agreements - Inter-				Workplace Health and Safety	1		5
national	2		5	Workplace Stressors	2		3
Reinstated - Workers	3		1	Work-site Interviews and Inspec-			
Reporting Obligations and				tions	3		6
Penalties - Employer	2		1	WORKWELL	2		1
	2		5	WORKWELL Update	3		2
				Writ for Seizure and Sale	3		5

Index du Bulletin des politiques

Sujet	Volume	Numéro	Sujet	Volume	Numéro
N					
Nouvelle politique sur le	3	6	Recouvrement	3	6
Nouvelles sur la tarification par	3	6	Rémédiation des travailleurs	3	1
incidence et le paragraphe 91(7)			Renseignements médicaux	2	6
O			Renseignements médicaux	2	6
Obligations : déclaration de la	3	6	Renseignements médicaux	2	6
masse salariale et amende	2	1	Rétrospective de 1990	3	1
– employeurs	2	5	– publication des politiques	3	6
P			Revue de l'année 1989	2	6
Paiement des pensions hors	2	5	– publication des politiques	2	6
du Canada	2	5			
Paiement échelonné des cotisations	3	5*	Saisie-arret au titre des aliments	3	5*
Paiement excédentaire	2	5	Saisie-exécution – bref	3	5*
– recouvrement automatique	2	5	Santé et sécurité au travail	1	5
Paiements d'indemnisation en retard	2	2	Saviez-vous que ...	3	6
– intérêts payés par la Commission	2	2	de la santé	3	6
Paragraphe 91 (7)	3	6	– Admissibilité des professionnels	3	6
Pension – capitalisation	2	2	– Politique révisée	3	6
Personnel de la CAT comme	3	4	– intérêts sur les paiements	3	2
Perte non économique	3	5*	d'indemnisation en retard	3	2
– barème de taux	3	5*	Sécurité avant tout – mise à jour	3	2
Politique sur la base salariale	2	4	Service en français	1	6
Politique sur la déficience auditive	1	3	Services de bibliothéconomie	1	6
Politique sur les demandes	3	6	Stratégie de communication	2	2
d'indemnités des travailleurs des	1	1	Stratégie d'indemnisation	2	2
mines d'or	1	1	Stratégie du revenu	2	3
Politique sur le recouvrement	3	6	Stress	1	3
Politiques découlant de la Loi 162	3	6	Suicide suivant une lésion	3	1
Politiques récentes sur la	3	2	Suppléments – calcul	2	6
radaptation professionnelle	2	2	Suppléments des travailleurs à	2	2
Pompiers forestiers	3	6	Suppléments – calcul	2	2
Processus de consultation	3	4	Surdité	1	3
– Article 45a	3	2	Système d'évaluation fondé sur le	1	6
– Liens de causalité avec le travail	3	2	démérite et tarification par	1	6
– Tableau des médecins	3	4	incidence	1	6
Professionnels de la santé	3	6	Tarification par incidence et	3	6
– admissibilité	3	6	le paragraphe 91 (7)	3	6
Programme relevant du	3	2	Tarification par incidence et	3	6
paragraphe 91 (7) – Modification	3	2	d'évaluation fondé sur le démérite	1	6
Programme Sécurité avant tout	2	1	Témoin d'audience	3	4
– mise à jour	3	2	– personnel de la CAT	3	3
Progression du processus de	3	5*	Travailleurs agricoles migrants	1	3
consultation	3	5*	Travailleurs agricoles migrants	3	3
Projets relatifs aux politiques	1	2	Travailleurs décédés – rapports	3	3
Protection de l'identité du	3	2	Travailleurs décédés	3	1
travailleur	3	2	Travailleurs décédés	3	1
Protection des travailleurs qui ne	3	2	Travailleurs décédés	3	1
résident pas en Ontario	3	3	Travailleurs décédés	3	1
Protection offerte aux travailleurs	3	3	Travailleurs décédés	3	1
agricoles migrants	1	3	Travailleurs décédés	3	1
Publication des politiques	3	6	Travailleurs décédés	3	1
– Rétrospective de 1990	3	6	Travailleurs décédés	3	1
– Revue de l'année 1989	2	6	Travailleurs décédés	3	1
Q			Travailleurs décédés	3	1
Question en litige	3	2	Travailleurs décédés	3	1
R			Travailleurs décédés	3	1
Rapports des travailleurs	3	3	Travailleurs décédés	3	1
Réadaptation professionnelle	3	3	Travailleurs décédés	3	1
– politiques récentes	3	2	Travailleurs décédés	3	1
Recouvrement automatique des	2	5	Travailleurs décédés	3	1
paiements excédentaires			Travailleurs décédés	3	1

* Veuillez noter qu'une erreur s'est glissée dans l'impression du Bulletin des politiques d'octobre 1990 : dans la section française de ce bulletin on devrait lire vol. 3, n° 5 plutôt que vol. 5, n° 3.

Index du Bulletin des politiques

Pour ceux d'entre vous qui collectionnent les numéros du *Bulletin des politiques*, cet index vous permettra de repérer plus rapidement les articles que vous désirez consulter.

Volume Numéro

Sujet

Volume Numéro

Sujet

4	1	Division de l'élaboration de la politique générale et des services d'analyse
6	2	Divulgateurs
6	2	– renseignements médicaux
1	3	Drogues – usage excessif
1	3	Élimination plus rapide de la dette non provisionnée
5*	3	Employeur et employeur successeur
1	3	“Événement fortuit” et “invalidité”
6	1	Facteurs de stress au travail
3	3	– liens de causalité avec le travail
3	3	Fibromyalgie/Troubles de la douleur chronique
5	1	Frais bancaires dans le cas de chèques sans provision
1	3	Frais de déplacement
2	1	Frais engagés par les travailleurs – consultations médicales
4	3	Frais relatifs aux funérailles
4	3	Hors du Canada
5	2	– paiement des pensions
1	2	Hors province – aide médicale
2	3	Identité du travailleur – protection
1	2	Indemnités des survivants
1	2	Indemnités d'invalidité totale
2	1	temporaire versées – 1915 à 1988
1	1	Indemnités supplémentaires
1	1	– mise à jour
1	1	Information – accès
3	1	Infraction à la Loi
3	3	– augmentation des amendes
2	2	Intérêts sur les paiements
2	2	d'indemnisation en retard
6	3	Interviews et inspections du milieu de travail
6	3	Invalidité attribuable à la douleur chronique – modifications apportées à la politique
6	3	“Invalidité” et “événement fortuit”
1	1	Lexique bilingue de la CAT
5	2	Liens de causalité avec le travail
1	3	– demandes d'indemnités pour facteurs de stress au travail
3	3	Litige – question en
2	2	Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée
4	3	Loi 162 – politiques y découlant
1	2	Manuel des politiques administratives
4	2	Milieu de travail
6	3	– interviews et inspections
2	3	Mise à jour – Sécurité avant tout
3	3	Modifications apportées à la politique sur l'IDC
2	3	Modification du programme relevant du paragraphe 91 (7)
5	1	Modifications de la politique relative à l'article 54
2	2	Modifications des politiques relatives au système informatisé d'indemnisation des travailleurs

2	4	Accès à l'information et protection de la vie privée
1	1	Accès – information
1	1	Accès – renseignements médicaux
2	2	Accès – renseignements médicaux
5	2	Accords internationaux
2	2	de réciprocité
5	2	Actes d'héroïsme, bienveillance et secourisme
1	1	Admissibilité des professionnels de la santé
3	3	Agents stressants
2	2	– milieu de travail
2	3	Aide médicale – hors province
1	2	Aliments versés à la famille
5*	3	– saisie-arret
3	3	Allocation de soins
2	2	Allocation de soins (révisée)
2	2	Allocations vestimentaires
2	2	– modifications des politiques du SIT
3	3	Allocations vestimentaires
4	3	Avis aux employeurs faisant partie de la méthode CAD7
4	3	Aux funérailles
3	3	Augmentation des frais relatifs
2	2	paragraphe 91 (7)
3	3	Amendes prévues au
3	3	– augmentation
5*	3	Amendes pour infraction à la Loi
3	3	en retard
3	3	Amendes pour déclaration
2	3	Allocations vestimentaires
2	3	politiques du SIT
2	2	– modifications des allocations vestimentaires
1	2	Allocation de soins (révisée)
3	2	Allocation de soins
5*	3	– saisie-arret
3	3	Aliments versés à la famille
2	2	Aide médicale – hors province
1	2	Aliments versés à la famille
3	3	– milieu de travail
2	2	– milieu de travail
3	3	Facteurs de stress au travail
3	3	– liens de causalité avec le travail
3	3	Fibromyalgie/Troubles de la douleur chronique
5	1	Frais bancaires dans le cas de chèques sans provision
1	3	Frais de déplacement
2	1	Frais engagés par les travailleurs – consultations médicales
4	3	Frais relatifs aux funérailles
4	3	Hors du Canada
5	2	– paiement des pensions
1	2	Hors province – aide médicale
2	3	Identité du travailleur – protection
1	2	Indemnités des survivants
2	1	Indemnités d'invalidité totale
1	1	temporaire versées – 1915 à 1988
1	1	Indemnités supplémentaires
1	1	– mise à jour
1	1	Information – accès
3	1	Infraction à la Loi
3	3	– augmentation des amendes
2	2	Intérêts sur les paiements
2	2	d'indemnisation en retard
6	3	Interviews et inspections du milieu de travail
6	3	Invalidité attribuable à la douleur chronique – modifications apportées à la politique
6	3	“Invalidité” et “événement fortuit”
1	1	Lexique bilingue de la CAT
5	2	Liens de causalité avec le travail
1	3	– demandes d'indemnités pour facteurs de stress au travail
3	3	Litige – question en
2	2	Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée
4	3	Loi 162 – politiques y découlant
1	2	Manuel des politiques administratives
4	2	Milieu de travail
6	3	– interviews et inspections
2	3	Mise à jour – Sécurité avant tout
3	3	Modifications apportées à la politique sur l'IDC
2	3	Modification du programme relevant du paragraphe 91 (7)
5	1	Modifications de la politique relative à l'article 54
2	2	Modifications des politiques relatives au système informatisé d'indemnisation des travailleurs

A

B

C

D

Publication des politiques – Retrospective de 1990

Au terme de 1990, le Service de publication des politiques met fin à une troisième année de publication de renseignements sur les politiques distribuées aux personnes intéressées, à l'interne comme à l'externe.

Bulletin des politiques

Six numéros du Bulletin des politiques (en anglais et en français) ont été distribués à plus de 6 000 abonnés répartis dans la province et dans d'autres pays, y compris les États-Unis, l'Allemagne et l'Autriche.

Une variété de sujets ont été traités dans des articles portant sur les politiques administratives nouvelles ou révisées.

Le Service de publication des politiques s'est rallié au mouvement écologique et, pour la première fois, a publié le Bulletin des politiques de mai sur du papier recyclé exempt d'acide. Nous désirons souligner que le coût du papier recyclé n'est pas plus cher (ni moins cher) que le papier dont on se servait auparavant, et de plus il est recyclable. La seule différence apparente, c'est que la teinte du papier est un peu plus foncée, différence que nous avons acceptée au nom de nos lecteurs.

Le Service de publication des politiques publie de nouveau un index à jour (page centrale) des articles qui ont paru depuis la publication du vol 1, n° 1. Il nous est très utile et nous espérons qu'il en sera de même pour vous.

Manuel des politiques administratives

Au cours du deuxième semestre de cette année, le Manuel des politiques administratives a franchi une nouvelle étape comme le montre le ratio de documents nouveaux et révisés qui, cette année, ont fait l'objet de six envois. Même si les deux premiers envois comprenaient presque uniquement de nouvelles politiques, les envois les plus récents étaient surtout constitués de mises à jour. Au total, 120 nouvelles politiques et 66 politiques révisées ont été publiées, ce qui, à l'impression, équivalait à près de 900 pages

imprimées pour chacun de nos abonnés au Manuel des politiques administratives, dont le nombre s'élève maintenant à 2 220.

Le personnel du Service de publication des politiques à la Direction des politiques administratives vous souhaite un joyeux Noël et une bonne et heureuse année.

Joyeuses Fêtes

Recouvrement – Nouvelle politique (suite de la page 3)

La modification apportée à cette politique fera en sorte que la Commission examinera au préalable tous les avis d'amendes éventuels en vertu du paragraphe 91 (7) afin d'assurer qu'ils sont fondés sur des renseignements exacts. La Commission verra plus particulièrement à l'application du règlement relatif à "la demande au coût excessif" (voir le *Bulletin des politiques*, vol. 3, n° 2 - Modification du programme relevant du paragraphe 91 (7); de plus, elle devra s'assurer que les coûts associés à cette demande n'entrent pas en ligne de compte au moment de décider si l'employeur a répondu aux critères relatifs à l'amende prévue aux termes du paragraphe 91 (7).

Saviez-vous

que ...

- les professionnels de la santé, tels les praticiens, les infirmiers et infirmières (y compris les infirmiers et infirmières de la santé publique), les techniciens de laboratoire et les ambulanciers, qui contractent des maladies infectieuses relèvent au travail ont droit à des indemnités;
- les travailleurs ont droit à des indemnités si, à la suite de leur immunisation pour la prévention de maladies et d'infections reliées au travail, ils ont une réaction; dans le cas d'un accident relié au travail, un travailleur a droit à :
 - une dose unique de sérum antitétanique, s'il s'agit de sa première immunisation; ou
 - une dose de rappel d'anatoxine tétanique, si le travailleur blessé a été immunisé auparavant.

Le Bulletin des politiques est maintenant imprimé sur du papier recyclé, exempt d'acide et ce, sans frais supplémentaires.



BULLETIN DES POLITIQUES

Le Bulletin des politiques est publié sous l'autorité et la direction du Service de l'élaboration des politiques et des programmes de la Commission des accidents du travail. S'il y a contradiction entre les déclarations contenues dans cette publication et la Loi sur les accidents du travail et/ou les politiques approuvées de la Commission, c'est à la Loi ou aux documents approuvés qu'il faut se référer.

Veuillez adresser vos questions ou commentaires à :

Direction,
Bulletin des politiques
Service de l'élaboration des politiques
et des programmes
Commission des accidents du travail
22^e étage
2, rue Bloor Est
Toronto (Ontario)
M4W 3C3

Production :
Services graphiques
Communications

Recouvrement

Nouvelle politique

Au cours de la révision de ses politiques administratives reliées à la stratégie du revenu, la Commission a examiné de nouveau sa pratique de suspendre les activités de recouvrement.

La Commission devait décider dans quelles circonstances elle devrait suspendre ses activités de recouvrement. La Commission a rendu sa décision dans l'énoncé qui suit :

Politique

La Commission ne suspendra pas les activités de recouvrement, sauf dans les cas où le paragraphe 86n (4) s'applique.

Conformément au paragraphe 86n (4), lorsqu'il révisé une décision du TAAAT en application de l'article 86n, "... le conseil d'administration de la Commission peut, (...), seoir à l'exécution de l'ordonnance rendue en vertu de cette décision ou donner mainlevée de l'ordonnance elle a déjà été exécutée."

Dans le passé, la Commission a suspendu certaines activités de recouvrement, notamment, le recouvrement des pénalités en vertu du paragraphe 91 (7) à la suite de constatons de la part des employeurs. Toutefois, la suspension de toutes les activités de recouvrement, à l'exception de celles effectuées en vertu de l'article 86n, prendra fin lorsque la nouvelle politique entrera en vigueur le 1^{er} janvier 1991.

Dans la détermination de la nouvelle politique, la Commission a soutenu ce qui suit :

- la décision initiale relative à l'évaluation d'une amende est valable et a force exécutoire jusqu'à ce qu'elle soit renversée;
- les amendes imposées en vertu du paragraphe 91 (7) sont considérées comme des cotisations additionnelles, payables à la caisse des accidents, et conformément à l'article 89, il incombe à la Commission de veiller à ce que les fonds de la caisse soient suffisants.

Le 1^{er} janvier 1991, la Commission veillera au recouvrement, selon le mode habituel, des cotisations placées dans les "comptes en suspens", lesquels assuraient aux employeurs une protection contre les amendes pour paiements en retard.

(suite à la page 4)

Interviews et inspections du milieu de travail

précisément de cette question. Même si la Commission a toujours entre travaillé et enquêteur, il n'était pas rare que l'employeur et son représentant y soient présents. Le 1^{er} octobre 1990, une nouvelle politique de la Commission est entrée en vigueur :

Politique

Un employeur n'assistera pas à l'interview d'un travailleur menée par un employé de la Commission qui enquête sur l'accident, à moins que la présence de l'employeur ne soit jugée nécessaire.

L'objectif visé par cette politique est de créer une ambiance dans laquelle le travailleur peut s'exprimer sans contrainte devant l'enquêteur de la Commission. Il est à noter que cette approche ne porte pas préjudice aux intérêts de l'employeur. Les renseignements fournis par l'employeur sont pris en considération et, bien entendu, l'employeur conserve toujours son droit de contester toute décision rendue par la Commission.

Le processus d'indemnisation est entamé dès que l'employeur, le travailleur ou toute autre personne intéressée déclare à la Commission qu'une lésion reliée au travail est survenue. L'obtention de renseignements exacts est d'ordre capital à ce processus. C'est la raison pour laquelle il est parfois nécessaire pour un enquêteur itinérant de la Commission de procéder à l'inspection du milieu de travail et d'interviewer les parties liées à l'accident, c.-à-d. le travailleur blessé et, à l'occasion, les témoins.

L'article 81 e) de la Loi confère à la Commission le droit de "(...) pénétrer dans des locaux où un travailleur effectue ou a effectué un travail ou dans lequel l'employeur se livre à des activités commerciales, (...), inspecter le travail, le matériel, l'équipement, l'appareil ou l'article qu'y s'y trouvent, interroger quiconque au sujet d'une question quelconque (...)"

La question qu'on se pose alors est la suivante : "L'employeur devrait-il être présent lorsqu'un travailleur est interviewé?"

Jusqu'à tout récemment, aucune politique de la Commission ne traitait

Commencez l'année du bon pied!

Veillez communiquer tout changement d'adresse postale au :

Responsable de la distribution des manuels
Publication des politiques
Commission des accidents du travail
22^e étage
2, rue Bloor Est
Toronto (Ontario)
M4W 3C3
(416) 927-4941

L'abonnement au Bulletin des politiques est gratuit sur demande à l'adresse susmentionnée.

A l'attention des employeurs

Heures de service prolongées

La Direction de la classification de la CAT a prolongé ses heures de service à l'intention des employeurs jusqu'à 21 h du lundi au vendredi. Les employeurs peuvent s'inscrire, informer la Commission de la ferme-ture de leur entreprise et obtenir des renseignements sur la classifica-tion. Les enquêtes sur la classification seront également menées en soirée.

Les autres directions au sein du Service des recettes offrent également des heures de service prolongées :

À compter du 1^{er} janvier 1991, le service des renseignements télépho-niques de la Direction des services à l'employeur sera offert jusqu'à 20 h du lundi au vendredi.

La Direction du recouvrement, située au Bureau régional de Hamilton, prévoit offrir des services en soirée à compter du 1^{er} février 1991. De plus amples renseignements suivront dans les prochains numéros.

incontrôlables. Le travailleur peut souffrir de dépression grave accom-pagnée de signes importants de ra-lentissement psychomoteur et de régression psychologique. Le travail-leur est habituellement obligé de res-taer à la maison ou même dans sa chambre.

Étant donné que le barème de taux relatif à l'IDC et celui relatif à l'in-validité psychotraumatique sont fondés sur l'évaluation de l'effet de la déficience sur un travailleur blessé et compte tenu du fait que le barème de taux relatif à l'invalidité psychotraumatique est beaucoup plus détaillé, et donc plus précis, le con-seil d'administration a jugé raison-nable de recourir uniquement à ce dernier barème pour ce qui est à la fois de l'IDC et des troubles psycho-traumatiques. Le conseil a aussi décidé de le renommer "Barème de taux relatif aux troubles du com-portement et psychotraumatiques".

Par conséquent, l'ancien barème de taux provisoire relatif à l'IDC a été annulé, et

- l'IDC, et
- le syndrome de lybromyalgie (re-connu comme une variante de l'IDC), et
- les invalidités psychotraumatiques seront tous évalués selon le nouveau barème :

Degré de déficience de la personne totalement fonctionnelle	Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3	Catégorie 4
10 %	15 - 25 %	30 - 50 %	60 - 80 %	

Cette modification apportée au barème de taux est rétroactive au 27 mars 1986, date d'entrée en vigueur de la politique sur l'IDC.

Catégorie 3 - Déficience majeure de la personne totalement fonctionnelle (30 % - 50 %)

Dans cette catégorie, le travailleur manifeste un état d'anxiété grave, une détérioration certaine de son adaptation dans la famille, un début de rupture au niveau de l'intégration sociale et des épisodes plus longs de dépression. Le travailleur tend à se retirer de sa famille, développe une forte intolérance au bruit et montre une diminution importante de sa tolérance au stress. Les signes cli-niques caractéristiques de la phobie et une névrose de conversion se manifestent accompagnés de com-portements bizarres et d'une ten-dance à éviter les situations qui créent l'anxiété. Les activités quoti-diennes sont limitées à un point tel que le travailleur est obligé de rester à la maison ou même dans sa chambre pendant de fréquentes périodes.

Catégorie 4 - Déficience grave de la personne totalement fonctionnelle (60 % - 80 %)

Dans cette catégorie, le travailleur montre des signes évidents de res-trictions chroniques et graves d'adap-tation et de fonctionnement à la maison et à l'extérieur.

Le travailleur est effacé, distrait, in-capable de se concentrer et a besoin de soutien émotionnel constant dans le cadre familial. Le travailleur ne peut s'occuper de ses besoins per-sonnels et néglige son hygiène per-sonnelle.

Le travailleur peut avoir une perte d'intérêt évidente pour son entou-rage et devenir extrêmement irri-table, révélant une susceptibilité émotionnelle importante, des sautes d'humeur, et des crises de rage

Barème de taux relatif à l'invalidité psychotraumatique

La Commission a adopté une mé-thode semblable à celle utilisée dans l'établissement des taux relatifs à l'IDC pour calculer les effets des in-validités psychotraumatiques : une étude comparative du comportement avant et après la lésion. Chacune des quatre catégories du barème de taux relatif à l'invalidité psychotrau-matique décrit un niveau croissant de troubles du comportement et ac-corde un degré de déficience corres-pondant.

Catégorie 1 - Déficience mineure de la personne totalement fonctionnelle (10 %)

Dans cette catégorie, les activités quotidiennes du travailleur blessé sont légèrement restreintes et aucune difficulté apparente n'est notée sur le plan de l'adaptation personnelle. Il y a diminution de capacité au ni-veau des activités personnelles ou sociales, et l'irritation psychogène secondaire est causée par l'impact émotionnel de l'accident.

Il y a une légère réaction d'anxiété. La manifestation de symptômes in-diqués une forme d'agitation, un cer-tain degré subjectif de tension et d'inquiétude causées par l'anxiété.

Des restrictions subjectives au niveau du fonctionnement sont présentes en raison de l'impact émotionnel de l'accident.

L'invalidité, d'un point de vue psy-chiatrique, ne devrait pas être per-manente.

Catégorie 2 - Déficience moyenne de la personne totalement fonctionnelle (15 % - 25 %)

Dans cette catégorie, le travailleur est encore capable de s'occuper de ses besoins personnels à la maison mais, avec le temps, il perd con-fiance en lui et doit dépendre davan-tage de membres de sa famille et ce, pour toutes les activités qui ont lieu hors du foyer. Le travail-leur affiche une anxiété moyenne, parfois épisodique, a une peur exces-sive de subir une autre lésion et a de fortes tendances à la dépendance passive.

L'état émotionnel peut être composé de malaises physiques objectifs, ac-compagnés de douleurs persistantes, signes de repliement affectif, dépres-sion, perte d'appétit, insomnie, fa-tigue chronique, faible tolérance au bruit, léger ralentissement psychomo-teur et restrictions importantes au niveau de l'adaptation sociale et per-sonnelle au sein de la famille. À ce stade, il y a une indication évidente de régression psychologique.

Modifications apportées à la politique sur l'IDC

Plus tôt cette année, le conseil d'administration a demandé aux administrateurs de la Commission d'étudier deux questions relevant de la politique sur l'invalidité attribuable à la douleur chronique (IDC) et de soumettre leur rapport. Les deux questions étant :

- la justesse de l'expression "six mois après la période de guérison normale" de la lésion comme seul pour l'évaluation; et
- la justesse du barème de taux utilisé dans les cas d'IDC et du syndrome de fibromyalgie.

Ces deux questions ont été étudiées et en conséquence, quelques modifications ont été apportées à la politique sur l'IDC.

"Six mois après la période de guérison normale"

Initialement, on croyait qu'en général, un travailleur atteint d'IDC devait être évalué aux fins d'indemnités d'invalidité permanente, antérieures à la Loi 162, six mois après la "période de guérison normale" de la lésion. L'expression "période de guérison normale" s'entend du "moment où, après avoir subi une lésion, le travailleur devrait avoir recouvré ses capacités fonctionnelles d'avant l'accident ou atteint un plafond dans son rétablissement physique".

Pour aider les décideurs à déterminer "les périodes de guérison normales", un tableau auquel figurait à la fois les lésions et les troubles qui surviennent fréquemment et les périodes de guérison correspondantes a été élaboré. Les données du tableau ont été appliquées aux lésions de tous les travailleurs blessés à l'exception de ceux qui reprenaient un travail très exigeant physiquement.

Toutefois, le conseil d'administration a maintenant reconnu que ce tableau peut être trop arbitraire, en ce sens qu'il ne tient pas compte des différences individuelles en ce qui concerne le temps requis pour qu'un travailleur atteigne le degré de réadaptation médicale maximum (RMM).

La nouvelle directive exigera que les décideurs ne se servent du tableau qu'à titre de guide en vue d'établir des périodes de guérison approximatives; ceux-ci devraient ensuite se rapporter aux principes généraux relatifs à la détermination de la RMM et ce, afin de s'assurer que les différences individuelles entre les travailleurs ont été prises en compte avant de décider si un travailleur devrait être évalué.

Taux provisoires relatifs à l'IDC

Lorsque la politique provisoire sur l'invalidité attribuable à la douleur chronique a initialement été élaborée, la Commission ne disposait pas d'un barème de taux relatif à la pension qui traitait directement de la question de douleur. Par conséquent, un groupe formé de personnel cadre de la Commission, expérimenté dans l'évaluation de la diminution de capacité de gains clinique, a mis au point un barème de taux relatif à l'IDC, barème que le conseil d'administration a approuvé à titre provisoire.

Étant donné qu'il était impossible de déterminer, de façon objective, la nature et le degré de douleur invalidante qu'éprouvait une personne dont le diagnostic révélait la présence d'une IDC, la "perturbation marquée de la vie" – le niveau de perturbation que peut causer la douleur dans la vie professionnelle, sociale et familiale du travailleur – a été choisie comme critère d'évaluation.

Rectification

À l'attention des employeurs

L'amende pour manquement à l'obligation de remplir et soumettre le formulaire standard "Avis d'accident ou de maladie (employeur)" (formulaire 7, dans les trois jours suivant le moment où l'employeur apprend la survenance d'un accident) sera, en 1991, de 150 \$ pour chaque contravention et non pas de 250 \$ tel qu'indiqué dans le *Bulletin des politiques*, vol 3, n° 5.

(suite à la page 2)

Du nouveau sur la tarification par incidence et le paragraphe 91 (7)

Le 7 septembre 1990, le conseil d'administration a approuvé une nouvelle politique relative à la tarification par incidence qui fera en sorte que, d'ici 1995, tous les employés seront couverts en vertu des méthodes de tarification par incidence NMETI ou CAD7.

De plus, en mars de cette année, le conseil d'administration a approuvé plusieurs modifications au programme relevant du paragraphe 91 (7) qui devaient entrer en vigueur en 1991 (voir le *Bulletin des politiques*, vol. 3, n° 2). Étant donné que la Commission n'impose pas aux employeurs participant à la NMETI et CAD7 des amendes en vertu du paragraphe 91 (7), le programme qui relève de ce paragraphe sera appliqué de moins en moins d'ici 1992 et sera supprimé graduellement d'ici 1995.

Étant donné que ce programme sera supprimé graduellement, le conseil d'administration a annulé les modifications qui y ont été apportées même si le programme se poursuivra sous sa forme actuelle jusqu'à ce qu'il soit éliminé en 1995.

SOMMAIRE ...

Modifications apportées à la politique sur l'IDC 1

Du nouveau sur la tarification par incidence et le paragraphe 91 (7) 1

Heures de service prolongées 2

Interviews et inspections du milieu de travail 3

Index (page centrale) 3

Recouvrement 3

Publication des politiques – 4

Rétrospective de 1990 4

Saviez-vous que 4

POLICY REPORT

Workers'
Compensation
BoardCommission
des accidents
du travail

February 1991

Vol. 4 No. 1

Benefit Changes for Students and Apprentices or Learners

Usually, injured workers' benefits are calculated based on their daily or hourly earnings at the time of the accident. However, in some situations this may not be completely fair to the worker. To address this problem, an amendment to Regulation 951 of the *Act* was passed on January 18, 1991.

Students

Generally, if a student sustains a temporary disability, the wage loss benefits are calculated in the usual way (based on the hourly or daily wage at the time of the accident). But a problem arises when an injury results in a permanent impairment that could adversely affect the student's future earning potential. If a student plans to be a surgeon, but suffers a hand amputation while earning minimum wage working in a factory as summer help, calculating the permanent disability pension – based on summer job earnings – would not fairly reflect that student's future loss of earnings. It is therefore necessary to consider the level of income the student would likely earn in the career the student intended to pursue had the accident not occurred.

To do this, the student's career and educational plans and aptitudes are considered. This information is used to determine the level of income the student could expect to earn, starting the intended career now. The permanent impairment benefit is based on that level of income. Example: A student sustains a permanently disabling injury while working as a store clerk, during the summer break, for minimum wage. The student is studying to be a mechanic at a community college.

In this case, the student's permanent impairment benefits will be the difference between the starting wage for a mechanic and what the student is able to earn after the injury.

If the student's career goals are not clear (e.g., the student is relatively young and has yet to establish a career goal), then the wage used to calculate the pension is the average industrial wage* for Ontario for the year in which the accident occurred. This amount may be adjusted upward if the student's grades, aptitudes, and skills, at the time of injury, indicate that the student would likely earn more than the average industrial wage upon starting full-time employment.

Apprentices or Learners

In a situation involving an apprentice or learner, the compensation rate is based on an amount equivalent to that which the employer is paying a journeyperson or full-time worker in the same trade as the injured worker at the time of accident. If the employer has no such worker for comparison, the earnings of a journeyperson or full-time worker in the same trade and working in the same locality are used.

Effective Date

This new method of calculation is for workers whose accidents occurred on or after January 2, 1990 for benefit periods on or after January 18, 1991 when the amendment to Regulation 951 was passed. It is not applied retroactively for periods before January 18, 1991.

* The average industrial wage is calculated according to s.43(1) of the *Act*.

Permanent Impairment Regimes

The Board's system for compensating workers with permanent impairments has evolved significantly from a single, to a dual, award system as a result of bill 162 changes to the *Act*. The old compensation method was based on a clinical rating schedule: compensation levels were calculated solely on the basis of the degree of physical impairment.

With the dual award system, one award is based on a worker's non-economic loss, compensating for loss of enjoyment of non-work-related aspects of life. The second award is for future loss of earnings, compensating the injured worker for possibly reduced earning potential. Permanently impaired workers may now be eligible for one or both types of awards.

Bill 162 was implemented in two parts – s.135 on July 26, 1989 and the balance of the bill on January 2, 1990. As a result of the changes, three permanent impairment "regimes" were created:

- pre-July 26, 1989
- July 26, 1989 to January 1, 1990
- post-January 2, 1990.

The chart, on page 3, describes how the *Act* applies to workers injured in the three time periods.

continued on page 3

What's Inside . . .

Reinstatement Penalties and Payments	2
Consultation	2
Benefit Increases for 1991	3
Timely Decision-Making	4
Guide Dog Allowance Increased	4

Reinstatement Penalties and Payments

The passage of bill 162, on January 2, 1990, gives the Board clear direction on how it must proceed with respect to ensuring the reinstatement rights of injured workers.

Basically, s.54b of the *Act* obligates accident employers to reinstate workers who, on the date of an accident, were employed continuously for one year or more. Employers who do not comply are penalized.

Levying Employer Penalties

Section 54b(13) states if the Board finds that an employer has not fulfilled its obligation, the Board may levy a penalty equal to the amount of the worker's net average earnings for the year preceding the injury. To carry out this responsibility, the Board has recently approved the following policy statement:

As a general rule, the Board will levy the maximum penalty under s.54b(13)(a) in cases where the employer has failed to fulfil its re-employment obligations.

The maximum penalty the Board can levy against the employer for non-compliance is the worker's actual net average earnings. But there are circumstances in which the Board may reduce a penalty. If, for example, a business suffered a serious financial setback, forcing a restructuring of the business, causing a reduction in staff, the failure to re-employ the worker may be found to be beyond the employer's control.

The cost, to employers for having a 54b(13)(a) penalty levied against them for failure to re-employ, is additional to compensation costs for which they collectively or individually may be liable as a result of payments the Board makes to workers under s.54b(13)(b).

Payment to the Worker

Section 54b(13) states that as a consequence of an employer's non-compliance, the Board may "make payments to the worker for a maximum of one year as if the worker were entitled to compensation under section 40, and subsections 40(2) and (3) apply to the payments with such modifications as the circumstances may require."

Again, to carry out its responsibility, the Board approved this policy statement:

In cases where the Board has determined that an employer has failed to fulfil its obligations to re-employ a worker in accordance with s.54b, the Board will make payments to the worker as if the worker were entitled to compensation under s.40, unless the worker is entitled to compensation under s.40.

Section 40(1) states that if injury to workers results in temporary total disability, workers are entitled to compensation equal to 90 per cent of the workers' net average earnings before the injury so long as temporary total disability continues or until workers begin receiving payments under s.45a (compensation for future loss of earnings). Section 40(2)(b) states that if workers do not return to work, the Board will make the same weekly payment as if the workers were temporarily, totally disabled unless they fail to

- co-operate or to make themselves available to participate in medical or vocational rehabilitation programs designed to get them back to work; or
- accept, or are unavailable for, employment which the Board considers to be suitable for their capabilities.

Consultation

SIEF

In January 1990, a discussion paper, *The Application of the SIEF*, was distributed for consultation. The paper addressed, among other issues, the escalating use of the Fund and whether the Fund was achieving its original objective to promote the re-employment of injured workers. Consultation responses confirmed that the Board's clients support the goals of re-employment and cost-allocation but perceive unfairness and inconsistency in the application of the current policy.

An options paper, *Reform of the Second Injury and Enhancement Fund*, was prepared in response to the results of consultation. It was presented to the board of directors who have now authorized its release. The paper proposes two SIEF policy options, and invites members of the External Consultation Group and all members of the Board's communities of interest to make formal, written submissions by June 28, 1991.

All submissions may be reviewed, after the submission deadline date, in the WCB Reference Library, 22nd floor, 2 Bloor Street East, Toronto. A report summarizing submissions will be prepared for consideration by the board of directors, after which it will be made available to interested parties.

Form 6 and 7

Submissions are now invited about two of our most used forms. The *Worker's Report of Injury or Disease* (Form 6) and the *Employer's Report of Accidental Injury or Industrial Disease* (Form 7) are being revised to make them more comprehensive and user-friendly.

Those interested in the consultation process can contact the Operational Policy Branch at 927-3424 to obtain a copy of the consultation package.

The deadline for written comments and suggestions is May 1, 1991.

PERMANENT IMPAIRMENT REGIMES – HOW THE ACT APPLIES TO WORKERS INJURED IN THE THREE TIME PERIODS

Benefits	Before 26.07.89	From 26.07.89 to 01.01.90	On or after 02.01.90
Loss of Enjoyment of Life	<p>45(1) <i>"Where permanent disability results from the injury, the impairment of earning capacity of the worker shall be estimated from the nature and degree of the injury..."</i></p> <p>This is the old way of handling permanent impairments: loss of earning capacity is derived from the severity of the injury.</p>		<p>45(1) <i>"A worker who suffers permanent impairment as a result of an injury is entitled to receive compensation for non-economic loss in addition to any other benefit receivable under this Act."</i></p> <p>This is part 1 of the dual award system.</p>
Future loss of Earnings			<p>45a(1) <i>"A worker who suffers injury resulting in permanent impairment or resulting in temporary disability for twelve continuous months is entitled to compensation for future loss of earnings arising from the injury."</i></p> <p>This is part 2 of the dual award system.</p> <p>45(b)1 provides retirement pensions for workers receiving compensation under s.45a.</p>
Rehabilitation Supplements	<p>135(2) <i>"...the Board shall give a supplement to a worker who...is likely to benefit from a vocational rehabilitation program which could help to increase the worker's earning capacity to such an extent that the sum of the worker's earning capacity after vocational rehabilitation and the amount awarded for permanent partial disability approximates the worker's average or net average earnings...before the worker's injury."</i></p>		<p>45a(9) <i>"If a worker who is receiving compensation...is co-operating in a Board-authorized vocational or medical rehabilitation program...the amount of compensation...shall be supplemented so that the total compensation payable to the worker...is equal to 90 per cent of the worker's pre-injury net average earnings."</i></p>
Other Supplements	<p>135(4) <i>"...the Board shall give a supplement to a worker, a) who...is not likely to benefit from a vocational rehabilitation program...or b) whose earning capacity after a vocational rehabilitation program is not increased to the extent described in subsection (2)..."</i></p>		

Benefit Increases for 1991

Section 139(1) of the *Act* states:

"On the 1st day of January in each year, beginning in 1987, an indexing factor shall be determined, based on the percentage change in the Consumer Price Index for Canada for all items, for the twelve month period ending the 31st day of October of the previous year, as published by Statistics Canada."

The 1991 indexing factor has been set at 1.048. In accordance with s.139(1) of the *Act*, this increases the benefits for workers injured prior to January 1, 1991 by 4.8%.

As a result of bill 162, s.41(1)(b), the maximum amount of average earnings for accidents occurring on January 1, 1991, to December 31, 1991 (inclusive) is \$42,000.

Attention!

For non-economic loss benefits (compensation for loss of enjoyment of life because of a permanent impairment), s.45 requires the Board to use a formula and a rating schedule. The board of directors has approved a regulation for the use of an interim rating schedule based on the *Third Edition (Revised)* version of the American Medical Association's *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*.

Timely Decision-Making

With approximately 1700 claims received each day, one of the Board's key objectives is quick and accurate decision-making. Most decisions regarding entitlement to compensation benefits are made within 2 weeks of claim registration because all the required information is submitted and received on time. However, this was not always the case: a significant percentage of claims used to remain without a decision because key information was missing.

To improve the timeliness of decision-making, the Board recently instituted new policies on accident reporting.* Additionally, effective November 1, 1990, the WCB introduced a new policy on timely decision-making which applies to Primary and Entitlement

Adjudicators, Classification Adjudicators, Auditors, Decision Review Specialists, and Hearings Officers. Exempt are those decision-makers handling complex claims such as industrial diseases, fatalities, occupational noise-induced hearing loss, and dermatitis.

Now, Board decision-makers are committed to make decisions no later than 12 weeks after

- a claim has been registered or re-opened,
- the receipt of an objection, or
- a revenue issue is brought before the Board.

Decision-makers must inform all interested parties about the progress of a decision at the 6-week mark. Although they will have attempted to get this information during the 6-week timeframe, it is

at this point that they formally indicate to all concerned parties what key information is missing. At the 12-week stage, if essential information is still outstanding, decision-makers must adjudicate the claim based on the information at hand and advise the parties of the decision within two weeks. This may mean, in the case of an accident, that the claim may be allowed, denied, or abandoned. This does not mean that decisions cannot be reconsidered or re-opened if significant information is forthcoming. They can be.

* (Policy Report Vol. 3 No. 5, Attention Late Filing Employers; Vol. 3 No. 3, Workers' Reports)

Guide Dog Allowance Increased

We've all come to know and marvel at the partnerships between guide dogs and their visually impaired owners. National organizations like the CNIB, Canadian Guide Dogs for the Blind, and the Lions Foundation of Canada make many of these partnerships, between disabled Canadians and specially trained guide dogs, possible.

The WCB also helps support such partnerships by authorizing allowances (under s.54) for the care and maintenance of guide dogs owned by workers who have suffered visual impairment as a result of work-related accidents. The objective of the Board's current policy is to enable workers to engage in suitable employment or training, and assist them to function in the home setting and participate in family and community activities.

Late in 1990 it was brought to the Board's attention that the \$500 annual allowance, established in 1986, was insufficient to cover the expense of keeping a working,

guide dog healthy. After consultation with such organizations as the CNIB, Ontario Veterinary Association, Ministry of Community and Social Services and suppliers of dog food to confirm costs, the WCB increased the annual allowance, effective November 1, 1990, to \$700.

Workers who have guide dogs, functioning in the capacity for which they were trained, can request the annual allowance by submitting an *Application for Maintenance Allowance and Veterinary Services for Dog Guide, Form 1780* to the WCB. Receipts for routine supplies and services do not need to be submitted. However, if the worker should incur extraordinary expense (over \$700), as a result of accident, sickness, or death of the dog, the worker must submit appropriate receipts or accounts from a licensed veterinarian.

Policy Report is printed on acid-free, recycled paper at no extra cost.



Has your address changed?

To ensure you receive each issue, and to keep our mailing costs down, we need to keep our distribution system up-to-date. Please submit any changes in your mailing address to:

Manuals Distribution Specialist,
Policy Publications,
Workers' Compensation Board,
2 Bloor Street East, 22nd Floor,
Toronto, Ontario, M4W 3C3
(416) 927-4941

Subscriptions to Policy Report are free on request to this address.

-POLICY REPORT-

Policy Report is published under the authority and direction of the Operational Policy Branch of the Workers' Compensation Board. If there is any conflict between the statements contained in this publication and the Workers' Compensation Act and/or Board approved policy documents, the Act or the approved document governs.

Comments or inquiries should be addressed to:

Editor,
Policy Report,
Operational Policy Branch,
Workers' Compensation Board,
2 Bloor Street East, 22nd Floor,
Toronto, Ontario, M4W 3C3.

Graphic Production:
Graphics Services,
Communications.

La prise de décision au moment opportun

Étant donné qu'elle reçoit chaque jour près de 1 700 demandes, la Commission doit s'assurer que les décisions sont prises rapidement et avec exactitude. La plupart des décisions portant sur l'admissibilité aux indemnités sont prises dans les deux semaines suivant l'enregistrement de la demande parce que tous les renseignements nécessaires sont soumis et reçus dans le délai prescrit. Toutefois, cela n'a pas toujours été le cas : un pourcentage considérable des demandes restait en suspens puisque des renseignements essentiels manquaient.

Afin de veiller à ce que les décisions soient prises dans les délais prescrits, la Commission a récemment élaboré de nouvelles politiques ayant trait à la déclaration des accidents*. De plus, depuis le 1^{er} novembre 1990, la Commission a adopté une nouvelle politique relative à la prise de décision au moment opportun, qui

Augmentation de l'allocation pour chien-guide

Nous sommes tous émerveillés par l'esprit de collaboration qui s'établit entre le chien-guide et son maître. Des associations nationales, telles que l'INCA, la Canadian Guide Dogs for the Blind et la Lions Foundation of Canada, rendent possible à maintes reprises une telle collaboration entre les Canadiens handicapés et les chiens dressés spécialement pour les déficients visuels.

La CAT appuie également de tels liens en accordant des allocations (en vertu de l'article 54) pour les soins et l'entretien de chiens-guides dont les maîtres sont des travailleurs atteints d'une déficience visuelle à la suite d'un accident relié au travail. La politique actuelle de la Commission vise à permettre aux travailleurs de se trouver un emploi approprié ou de suivre un programme de formation, et à aider les travailleurs à fonctionner normalement à la maison et à participer à des activités communautaires et familiales.

À la fin de 1990, il a été porté à l'attention de la Commission que l'allocation annuelle de 500 \$, fixée

s'applique aux agents chargés de l'indemnisation initiale ainsi qu'à ceux chargés de l'admissibilité des demandes, aux agents de classification, aux vérificateurs, aux spécialistes de la révision des décisions et aux commissaires d'audience. Seuls les décideurs chargés des dossiers complexes, tels les maladies professionnelles, les décès, la déficience auditive due au bruit en milieu de travail et les dermatites, en sont exemptés.

Dorénavant, les décideurs de la Commission sont tenus de prendre leurs décisions au plus tard douze semaines suivant l'enregistrement d'une demande ou la réouverture d'un dossier; la réception d'une contestation; ou le dépôt d'une question de revenu à la Commission.

À la fin de la sixième semaine, les décideurs doivent informer toutes

en 1986, était insuffisante et ne pouvait couvrir les dépenses nécessaires pour garder en santé un chien-guide actif. Après consultation auprès de groupes, tels l'INCA, les fournisseurs de nourriture pour chiens, l'Ontario Veterinary Association et le ministère des Services sociaux et communautaires, la CAT a fait passer l'allocation annuelle à 700 \$, à compter du 1^{er} novembre 1990.

Les travailleurs ayant des chiens-guides, dressés pour leur venir en aide, peuvent demander de recevoir l'allocation annuelle en remplissant le formulaire n° 1780 « Demande d'allocation - Frais d'entretien et services vétérinaires pour chien d'aveugle » et en le retournant à la CAT. Il n'est pas nécessaire de soumettre les reçus pour services et fournitures de base. Toutefois, si un travailleur doit engager des dépenses extraordinaires (plus de 700 \$) en raison du décès du chien, de la maladie de celui-ci ou de l'accident qu'il a pu subir, le travailleur doit soumettre les reçus ou comptes propres d'un vétérinaire autorisé.

BULLETIN DES POLITIQUES

* *Bulletin des politiques*, vol. 3, n° 5, « Amendes pour déclaration en retard », vol. 3, n° 3, « Rapport des travailleurs »

les parties intéressées du progrès réalisé quant à la décision qui sera prise au bout du compte. Bien que ce soit au cours de ces six premières semaines que les décideurs tentent d'obtenir les renseignements pertinents, c'est à ce moment-là qu'ils indiquent à toutes les parties en cause quels renseignements clés sont manquants. Si, à la fin des douze semaines, il manque toujours des renseignements essentiels, les décideurs sont tenus de prendre une décision en fonction des renseignements à leur disposition, et en avisant dans les deux semaines les parties intéressées. Cela peut signifier, dans le cas d'un accident, que la demande sera acceptée, rejetée ou abandonnée. Cela ne signifie pas pour autant que ces décisions ne peuvent être révisées ou que le dossier ne peut être rouvert, si des renseignements importants sont en voie d'être communiqués.

Veillez adresser vos questions ou commentaires à :

Le Bulletin des politiques est publié sous l'autorité et la direction du Service de l'élaboration des politiques et vice de l'élaboration des politiques et des programmes de la Commission. S'il y a contradiction entre les déclarations contenues dans cette publication et la Loi sur les accidents du travail et/ou les politiques approuvées de la Commission, c'est à la Loi ou aux documents approuvés qu'il faut se référer.

Directrice,
Bulletin des politiques
Service de l'élaboration des politiques
et des programmes
Commission des accidents du travail
22^e étage
2, rue Bloor Est
Toronto (Ontario)
M4W 3C3
Production :
Services graphiques
Communications

L'indemnisation de la déficience permanente

Application de la Loi selon les trois périodes

Indemnité	avant le 26-07-89	du 26-07-89 au 01-01-90	le 02-01-90 ou après cette date
Perte de jouissance de la vie	45 (1) «Si une invalidité permanente résulte de la lésion, la diminution de la capacité de gain du travailleur est évaluée selon la nature et le degré de la lésion.»	Ancienne formule d'indemnisation de la déficience permanente : la perte de capacité de gain du travailleur est calculée en fonction de la gravité de la lésion.	45 (1) «Le travailleur qui souffre d'une déficience permanente résultant d'une lésion a droit à une indemnité pour perte non économique en plus de tout autre avantage qu'il peut recevoir en vertu de la présente loi.» La première partie du système d'indemnisation double.
Perte de gains future			45a (1) «Le travailleur qui subit une lésion occasionnant une déficience permanente ou une invalidité temporaire d'une durée de douze mois consécutifs a droit à une indemnité pour perte de gains future résultant de la lésion.» La deuxième partie du système d'indemnisation double. 45b (1) prévoit une pension de retraite pour les travailleurs qui bénéficient d'une indemnité en vertu de l'article 45a.
Supplément pour la réadaptation	135 (2) «... la Commission accorde un supplément au travailleur qui ... profitera vraisemblablement d'un programme de réadaptation professionnelle qui pourrait l'aider à augmenter sa capacité de gain à un point tel que la somme de la capacité de gain du travailleur au terme de la réadaptation professionnelle et du montant accordé au titre d'une invalidité partielle à caractère permanent correspond approximativement aux gains moyens ou aux gains moyens nets du travailleur ... avant la lésion.»		45a (9) «Si le travailleur qui reçoit une indemnité ... participe à un programme de réadaptation médicale ou professionnelle ... le montant de l'indemnité ... est complété de sorte que l'indemnité totale payable au travailleur ... corresponde à 90 pour cent des gains moyens nets du travailleur avant la lésion.»
Autres suppléments	135 (4) «... la Commission accorde un supplément au travailleur : a) qui ... ne profitera vraisemblablement pas d'un programme de réadaptation professionnelle ...; b) dont la capacité de gain au terme d'un programme de réadaptation professionnelle ... n'a pas augmenté dans la mesure visée au paragraphe (2).»		

Augmentation des indemnités en 1991

Le paragraphe 139 (1) de la Loi énonce ce qui suit :

«À partir de 1987, un facteur d'indexation est établi le 1^{er} janvier de chaque année. Ce facteur est calculé en fonction de la différence de pourcentage dans l'indice d'ensemble des prix à la consommation pour le Canada, à l'égard de la période de douze mois qui prend fin le 31 octobre de l'année précédente, telle qu'elle est publiée par Statistique Canada.»

Le facteur d'indexation pour 1991 a été fixé à 1,048. En application du paragraphe 139 (1) de la Loi, les indemnités versées aux travailleurs blessés avant le 1^{er} janvier 1991 seront majorées de 4,8 pour cent. Conformément à l'alinéa 41 (1) b) de la Loi 162, le montant maximum des gains pour les accidents survenant entre le 1^{er} janvier 1991 et le 31 décembre 1991 est de 42 000 \$.

Attention!

Pour ce qui est de l'indemnité pour perte non économique (indemnité pour perte de jouissance de la vie en raison d'une déficience permanente), la Commission est tenue, aux termes de l'article 45, de se servir d'une formule et d'un barème à l'utilisation d'un barème des taux. Le conseil d'administration a approuvé un règlement relatif à l'utilisation d'un barème des taux provisoire fondé sur les «directives relatives à l'évaluation de la déficience permanente» (Guides to the Evaluation of Permanent Impairment) troisième édition (révisée) de l'American Medical Association.

Consultation

FGTR

Pénalités relatives au renouvellement et versements

En janvier 1990, un document de travail intitulé «The Application of the SIEF» a été distribué aux fins de consultation. Ce document traitait de questions telles l'utilisation croisée du Fonds et son objectif premier, soit de favoriser le renouvellement de travailleurs blessés. Les observations présentées confirment que les clients appuient les objectifs de renouvellement et de répartition des coûts, mais qu'ils perçoivent une injustice et une incohérence dans l'application de la politique actuelle. Un exposé des options intitulé «Réforme du Fonds de garantie pour travailleurs réintégrés», qui a été préparé à la suite des commentaires émis lors de la période de consultation, propose deux options sur la politique relative au FGTR. Ce document vise à recueillir, d'ici le 28 juin 1991, des observations écrites auprès du groupe de consultation externe et des communautés d'intérêt de la Commission.

Toutes les observations pourront être consultées, après la date limite prévue, à la bibliothèque de référence de la CAT, située au 22^e étage, 2 rue Bloor Est, Toronto. Un résumé des observations sera préparé aux fins d'étude par le conseil d'administration et mis à la disposition de toutes les parties intéressées.

Formulaires 6 et 7

La Commission révisera actuellement le formulaire 6 «Avis d'accident ou de maladie (travailleur)» et le formulaire 7 «Avis d'accident de travail et de maladie professionnelle (employeur)» afin de les rendre plus complets et plus faciles à remplir. Les personnes qui désirent soumettre des observations peuvent obtenir une trousse de consultation en téléphonant à la Direction des politiques administratives au 927-3424. La date limite pour la réception des observations et des suggestions écrites a été fixée au 1^{er} mai 1991.

Versements au travailleur
Aux termes du paragraphe 54b (13), en cas de non conformité de la part d'un employeur, la Commission peut «faire des versements au travailleur pendant un an au maximum comme si celui-ci avait droit à une indemnité en vertu de l'article 40 et les paragraphes 40 (2) et (3) s'appliquent aux versements, compte tenu des adaptations exigées par les circonstances.» La Commission a approuvé la politique qui suit :

Dans les cas où la Commission a déterminé qu'un employeur a négligé de se conformer à l'obligation de renvoyer un travailleur aux termes de l'article 54b, la Commission fera des versements au travailleur comme si celui-ci avait droit à une indemnité en vertu de l'article 40, à moins que celui-ci n'y ait déjà droit.

Le paragraphe 40 (1) précise que les travailleurs atteints d'invalidité totale à caractère temporaire qui résultent d'une lésion ont droit à une indemnité égale à 90 pour cent de leurs gains moyens nets avant la lésion pendant la durée de cette invalidité ou jusqu'à ce qu'ils commencent à recevoir des versements en vertu de l'article 45a (indemnité pour perte de gains future). L'alinéa 40 (2) b) précise que si les travailleurs ne retournent pas travailler, la Commission leur versera une indemnité hebdomadaire équivalente au montant qui leur serait payable s'ils étaient atteints d'invalidité totale à caractère temporaire, à moins que les travailleurs ne négligent :

- de participer à un programme de réadaptation professionnelle ou médicale conçu de sorte qu'ils reprennent le travail ou ne soient pas disponibles pour suivre un tel programme; ou
- d'accepter un emploi qui, de l'avis de la Commission, correspond à leurs aptitudes, ou qu'ils ne soient pas disponibles pour prendre un tel emploi.

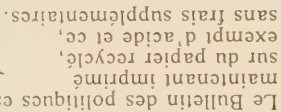
L'adoption de la Loi 162, le 2 janvier 1990, donne à la Commission l'orientation précise dont elle a besoin pour veiller aux droits de rengagement des travailleurs blessés. Essentiellement, l'article 54b de la Loi oblige les employeurs au moment de l'accident de renvoyer les travailleurs qui, à la date où la lésion est survenue, étaient employés de façon intermittente depuis au moins un an. Les employeurs qui ne se conformeront pas à cette obligation sont pénalisés.

Imposition des pénalités
Selon le paragraphe 54b (13), si la Commission découvre qu'un employeur n'a pas rempli les obligations qui lui incombent aux termes du présent article, elle peut lui imposer une pénalité ne pouvant dépasser le montant des gains moyens nets du travailleur pendant l'année précédant la lésion. Afin d'assumer cette responsabilité, la Commission a récemment approuvé la politique suivante :

En règle générale, la Commission imposera la pénalité maximale aux termes de l'alinéa 54b (13) a) dans les cas où l'employeur néglige de respecter ses obligations de renouvellement.

La pénalité maximale que peut imposer la Commission à un employeur, en cas de non conformité, correspond aux gains moyens nets réels du travailleur. Toutefois, dans certaines circonstances, la Commission peut réduire la pénalité. Si, par exemple, une entreprise a subi d'importantes difficultés financières, qui ont obligé l'employeur à restructurer son entreprise de sorte à entraîner une réduction de son effectif, il se peut que le manquement à l'obligation de renvoyer le travailleur soit considéré comme une circonstance indépendante de la volonté de l'employeur.

Le coût d'une pénalité relevant de l'alinéa 54b (13) a), imposée aux employeurs qui négligent de renvoyer, s'ajoute aux coûts d'indemnisation pour lesquels ils peuvent être tenus responsables, soit individuelle-



CA20N
L90
-P56

POLICY REPORT



Workers'
Compensation
Board

Commission
des accidents
du travail

April 1991
Vol. 4 No. 2

Recordings or Photographs used as Evidence

We've all heard the expression "a picture is worth a thousand words". The Board realizes the value of a picture, but in relation to Workers' Compensation claims, photographic evidence must be used with great caution.

Value of Recordings as Evidence

Visual recordings can strongly influence decision-makers by their dramatic and selective presentation. But videotapes, films, photographs, or audiotapes may not necessarily provide reliable proof of either disability or earning power. Visual recordings can be distorted and may not accurately measure restricted movement, range of motion, speed, energy requirements, or efficiency at work.

Decision-makers have an obligation to consider all relevant information, including tapes and photographs, so that an informed decision is reached, but it must be remembered that visual or audio recordings do not usually include or reveal

- rest periods between recorded scenes (the viewer may be given the deceptive impression that the individual was capable of sustaining the activity recorded, when in fact that was not the case)

- the pain the individual was experiencing
- any painful after effects following the activity recorded (for example, the individual may have had to stay in bed the next day).

Such factors can contribute to inappropriately influencing the decision-maker. Therefore, the importance of information obtained from audio or visual recordings should not outweigh other available information. For example, the clinical findings from a formal medical examination are much more accurate for determining pension awards than that which can be determined from information obtained from videotape, film, photographs, or audiotape.

A visual recording of a worker performing certain tasks is not conclusive evidence of a lack of disability, but the visual recording may be used in support of other information available concerning a claim. Therefore, audio or visual recordings should be used with caution in the decision-making process.

In recognizing the limitations of the value of audio or visual recordings, films, or photographs as evidence, a new policy was developed, and became effective January 1, 1991.

(continued on page 2)

Compliance with Bill 162 to be Monitored

Dr. Robert G. Elgie, WCB Chair, recently announced that 5 well-regarded experts have agreed to serve on an external steering committee to monitor WCB compliance with Bill 162 legislative reforms.

Professor George Adams of the University of Ottawa law faculty will chair the committee composed of University of Toronto law professors Michael Trebilcock and Katherine Swinton; Professor Ralph Garber, President of the International Association of Schools of Social Work; and Mr. Bernie Berger, Executive Director of the Jewish Vocational Service of Metropolitan Toronto.

The committee's mandate is two-fold: to evaluate proposals from WCB administrators on compliance measures, program implementation, operations, success factors, methodologies, and timeframes; and to provide feedback and recommendations on performance and program results.

Primarily, the committee will focus on

- the provision of vocational rehabilitation services and programs
- the employers' obligation to re-employ
- non-economic loss benefits for pain and suffering, and
- future economic loss benefits for workers whose future earnings may be affected by their work-related disability.

The committee will report on a quarterly basis to the WCB Chair and Vice-Chair of Administration. ☐

Update – Revenue Strategy

The WCB's board of directors has deferred the implementation of the Revenue Strategy to January 1, 1993.

The deferral of the new Classification and Rating system, originally scheduled for implementation in January 1992, was urged by the Revenue Strategy Employer Advisory Group. The consultation group asked that the Board defer the implementation to allow additional time for analysis and consultation on the proposed classification system.

The delay will also allow employers who have not completed their census/survey to do so.

Individual notices will be mailed during the coming summer, informing employers of their proposed classification group(s) for 1993.

Recordings or Photographs used as Evidence

(cont'd from page 1)

Policy

The Board will not accept audio or visual recordings such as audiotapes, videotapes, films or photographs as evidence unless:

- the recording provides more complete information than already exists or new information,
- there is a significant issue in dispute or
- the information revealed is not prejudicial to the worker.

Visual recordings such as videotapes and films will only be accepted as evidence by Board decision-makers such as Hearings Officers, Claims Investigators, Worksite Analysts, Reinstatement Officers and Legal Services personnel who conduct special investigations or inquiries. Any recordings accepted as evidence must be relevant and authentic.

If the content of the audio or visual recording is determined to be unacceptable or prejudicial, the Board is under no obligation to accept the recording as evidence.

Minute #2, December 17, 1990, Page 111.

Relevance

Information presented in audio or visual recordings must be directly related to the issue under consideration, provide more complete or new information, or provide insight into the worker's credibility.

If a recording shows that a worker's movements or physical capabilities are considerably different than that which is noted in the medical examination, the decision-maker will request that another medical examination be conducted.

Authenticity

The subjects, activities performed, and location must be easily identifiable and clear. Also, a document, signed by the author of the recording, must be submitted:

- stating the particulars (date, time and place) surrounding the recording, and
- validating that the recording was not altered and is a true reproduction of what happened.

Non-Prejudicial

An audio or visual recording, even though it is relevant to the issue under review, may be excluded as evidence if the recording is felt to be prejudicial to the worker. This does **not** mean a recording submitted by an employer, in support of the employer's argument, cannot be accepted. It can be, but it cannot contain prejudicial information such as the worker admitting, or being shown performing, an illegal activity. Such a recording could unfairly influence the decision-maker's opinion of the worker and adversely affect the worker's credibility.

Viewing and Evaluation

The actual viewing and evaluation of videotaped evidence is reserved for Board decision-makers such as Hearings Officers, Reinstatement Officers, and Legal Services personnel who conduct special investigations or inquiries.

Claims Investigators and Worksite Analysts may also use and view audio and visual recordings as part of the investigations they perform for the Board.

Claims Adjudicators and Decision Review Specialists do not review video tapes or films. If an adjudicator receives a tape, the person submitting the tape can explain the contents to the adjudicator who then takes whatever action is appropriate, such as arranging for a medical examination or a field investigation to verify what is portrayed on the tape.

Worker May View

Prior to a decision being made based on evidence presented in the form of recordings or photographs, the worker or the worker's representative has an opportunity to view the evidence and provide an explanation of the activities recorded. ☐

Consultation Unit

In the last issue of *Policy Report* (Vol. 4 No. 1) an announcement appeared regarding consultation on SIEF and Forms 6 and 7.

Those interested in the consultation process were advised to contact the Operational Policy Branch because a phone number for the new Consultation Unit was not available.

You can now call the Consultation Unit directly at 926-8689.

Hearings Branch – Extended Hours

To improve service delivery the Board's Hearings Branch has extended its hours.

Clients can now request that a hearing begin as late as 6:00 p.m. Monday to Friday.

Policy Report is printed on acid-free, recycled paper at no extra cost.



Entitlement for Recurrent Problems

The scenario is a familiar one for Board decision-makers: A worker appears to have recovered from injuries sustained in a work-related accident and returns to work; the worker's compensation claim is closed and benefits cease; sometime later, the worker stops work and requests that the claim be re-opened and benefits restored. But, before restoring compensation benefits to the worker, the decision-makers must first decide whether the worker's current problems relate directly to the initial accident. This may be a simple matter if the

- initial diagnosis and subsequent diagnosis are the same or related, and
- the worker returned to the same job for only a short time before stopping due to ongoing problems of which everyone at work was aware.

However, if the worker changed job duties, found new employment, or had a new accident, the relationship between the initial accident and the subsequent problems is less clear. The worker's current problems may relate to new factors and not to continuing problems from the initial accident. Because of these new factors, the worker's possible entitlement to benefits may be more appropriately handled in a new claim.

The Board's recent review of the way decision-makers handle recurrences basically confirmed the exist-

ing practice but changed the approach to new accidents. The new policy took effect January 1, 1991.

Recurrences give rise to rights to benefits under the *Workers' Compensation Act* because they result from a personal injury arising out of and in the course of employment.

A decision-maker will recognize a recurrence when there is obvious medical compatibility or an appropriate combination of medical compatibility and continuity, and an absence of a new accident.

Medical Compatibility

Decision-makers compare the worker's medical condition following the initial accident to the most recent problems. In complex cases a medical opinion may be obtained from Unit medical advisors. Similar medical conditions suggest that the subsequent problems may be a result of the original injury.

Continuity

Decision-makers assess the evidence of the worker's ongoing problems to establish a connection between the initial accident and the recurrence. Such evidence may include,

- complaints of persistent symptoms to supervisors and co-workers

- ongoing medical attention
- work restrictions
- avoidance of regular non-work-related activity.

Confirmation of continuing problems suggests a link between the subsequent problems and the original injury.

New Accidents

Under the old policy on recurrences, if decision-makers found that a new accident occurred, a new claim was usually established and entitlement to compensation benefits was considered under the new claim. Medical compatibility and continuity of complaint was usually examined only when a new accident was not established.

Under the new policy, decision-makers evaluate the significance of the new accident in relation to the worker's overall condition. If the worker's latest problems result entirely from a new accident, a new claim is created. But if both compatibility and continuity are established and the effect of the new accident is insignificant, further entitlement to benefits as a recurrence of the initial claim is in order.

Now decision-makers examine all contributing factors when dealing with possible recurrences: medical compatibility, continuity of complaint, and the significance of new accidents. □

Board FAX Numbers

The Board requires that employers complete and submit the standard "Employer's Report of Accidental Injury or Industrial Disease (Form 7) within 3 calendar days of learning of an occupational injury or disease that prevents a worker from earning full wages, or results in a worker requiring health care. The Board must be in receipt of the Form 7 within 7 working days of the employer learning of the accident. (See Policy Report, Vol. 3. No. 5.)

To facilitate this process, employers may transmit a completed Form 7 by FAX to the appropriate Board office, using the numbers listed.

Hamilton	(416) 521-4558
London	(519) 663-2333
Ottawa	(613) 239-3349
Sudbury	(705) 675-9367
Thunder Bay	(807) 343-1702
Toronto	(416) 927-5141
Windsor	(519) 972-4181

Community Clinics

Approximately 70% of the nearly 500,000 claims the Board handles each year are soft tissue injuries such as strains, sprains, and inflammation of tendons. Most back injuries, often the most disabling, are soft tissue injuries. To effectively handle the initial management of this type of injury, the Board has initiated a program involving Community Clinics as part of the Medical Rehabilitation Strategy.

The reason for using these clinics is to provide daily intensive treatment in sports medicine based programs, and to make this treatment available to injured workers as close as possible to their own communities within days of their injury. **Effective March 1, 1991**, both injured

workers who have lost time and those who have continued at work but in a modified capacity since injury are eligible for the program.

Early intervention for this type of injury has had demonstrated success

with professional athletes, and is proving valuable to injured workers, as evidenced by the early return to full activities by many who have participated in the new program.



There is little doubt that this integrated process which focuses on early intervention, education to prevent recurrences, and physical conditioning, provides a winning situation for all parties—the injured worker, the treating practitioner, the employer, and the WCB. □

POLICY REPORT

Policy Report is published under the authority and direction of the Operational Policy Branch of the Workers' Compensation Board. If there is any conflict between the statements contained in this publication and the *Workers' Compensation Act* and/or Board approved policy documents, the *Act* or the approved document governs.

Comments or inquiries should be addressed to:

Editor,
Policy Report,
Operational Policy Branch,
Workers' Compensation Board,
2 Bloor Street East, 22nd Floor,
Toronto, Ontario, M4W 3C3.

Graphic Production:
Graphics Services,
Communications.

Policy Report is
printed on acid-free,
recycled paper at no
extra cost.



Has your address changed?

To ensure you receive each issue, and to keep our mailing costs down, we need to keep our distribution system up-to-date. Please submit any changes in your mailing address to:

Manuals Distribution Specialist,
Policy Publications,
Workers' Compensation Board,
2 Bloor Street East, 22nd Floor,
Toronto, Ontario, M4W 3C3
(416) 927-4941

Subscriptions to **Policy Report** are free on request to this address.

Cliniques communautaires

Environ 70 pour cent des quelque 500 000 demandes d'indemnités que traite chaque année la Commission des accidents du travail (CAT) ont trait à des lésions des tissus



blessés, et cela le plus près possible de leur résidence et dans les jours qui suivent la lésion. Depuis le 1^{er} mars 1991, les travailleurs blessés ayant interrompu leur tra-

vail, ou encore ayant repris le travail mais dans un emploi modifié, sont admissibles à ce programme. L'intervention rapide pour ce type de lésion a fait ses preuves auprès des athlètes profes-

sionnels et elle est d'un grand secours pour les travailleurs blessés, comme le démontre la reprise rapide des activités normales chez de nombreux participants. Il y a peu de doute que ce processus intégré, qui met l'accent sur l'intervention rapide, la prévention des récurrences, et le conditionnement physique, est à l'avantage de tous les intéressés, qu'il s'agisse du travailleur blessé, du médecin traitant, de l'employeur ou de la CAT. □

Commencez l'année du bon pied!

Veillez communiquer tout changement d'adresse postale au :

Responsable de la distribution des manuels
Publication des politiques
Commission des accidents du travail
22^e étage
2, rue Bloor Est
Toronto (Ontario)
M4W 3C3
(416) 927-4941

L'abonnement au Bulletin des politiques est gratuit sur demande à l'adresse susmentionnée.

Le Bulletin des politiques est publié sous l'autorité et la direction du Service de l'élaboration des politiques et vice de programmes de la Commission des accidents du travail. S'il y a contradiction entre les déclarations contenues dans cette publication et la Loi sur les accidents du travail et/ou les politiques approuvées de la Commission, c'est à la Loi ou aux documents approuvés qu'il faut se référer.

Veillez adresser vos questions ou commentaires à :
Directrice,
Service de l'élaboration des politiques
et des programmes
Commission des accidents du travail
22^e étage
2, rue Bloor Est
Toronto (Ontario)
M4W 3C3

Production :
Services graphiques
Communications

Admissibilité aux indemnités en cas de récidence

Le cas est bien connu des décideurs de la Commission. Un travailleur semble s'être rétabli d'une lésion subie lors d'un accident de travail et il retourne travailler. Son dossier d'indemnisation est fermé et le versement des indemnités prend fin. Plus tard, le travailleur interromp son travail et demande que son dossier soit rouvert et que le versement des indemnités reprenne. Cependant, avant de recommencer à verser des indemnités au travailleur, les décideurs doivent déterminer, en premier lieu, si les troubles du travailleur sont reliés à l'accident initial. La question peut être assez simple lorsque :

- le diagnostic initial et le diagnostique subséquent sont identiques ou concordants, et que
- le travailleur a repris le même emploi et l'a occupé pendant une brève période avant d'interrompre son travail en raison de troubles persistants dont tout son entourage de travail est au courant.

Cependant, si le travailleur n'effectue plus les mêmes tâches, ou qu'il ait trouvé un nouvel emploi ou encore subi un nouvel accident, le lien entre l'accident initial et les troubles subséquents n'est pas aussi évident. Les troubles éprouvés par le travailleur peuvent être rattachés à d'autres facteurs, et non à des troubles découlant de l'accident initial. En raison de ces autres facteurs, il peut être souhaitable d'étudier l'admissibilité du travailleur à des indemnités dans le cadre d'un nouveau dossier.

La Commission, dans sa récente révision du traitement des récidentes par les décideurs, a essentiellement repris la politique existante mais en a modifié le volet sur les nouveaux accidents. La nouvelle politique est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1991.

Les récidentes donnent droit à des indemnités en vertu de la *Loi sur les accidents du travail* lorsqu'elles résultent d'une lésion corporelle survenue du fait et au cours de l'emploi. Les décideurs admettent la présence d'une récidence lorsque il y a une compatibilité médicale évidente ou des renseignements suffisants sur la continuité des plaintes et la compatibilité médicale, et qu'aucun nouvel accident ne s'est produit.

Compatibilité médicale

Les décideurs comparent l'état de santé du travailleur, tel qu'il était à la suite de l'accident initial, à ses troubles subséquents. Dans les cas complexes, ils demandent l'opinion des médecins-conseils de l'unité. Lorsqu'il y a similitude dans l'état de santé initial et les troubles subséquents, il est permis de penser que ces troubles subséquents peuvent avoir résulté de la lésion initiale.

Continuité

Les décideurs évaluent les signes relatifs aux troubles persistants du travailleur afin de pouvoir établir un lien entre l'accident initial et la récidence. Ils examinent notamment :

- les plaintes de symptômes persistants auprès des superviseurs et des collègues;
 - la continuité des soins médicaux; les restrictions du travailleur, et l'abandon d'activités régulières non reliées au travail.
- La confirmation de la persistance des troubles permet de penser qu'il existe un lien entre l'accident initial et la récidence.
- ### Nouveaux accidents
- En vertu de l'ancienne politique, si les décideurs constataient qu'un nouvel accident était survenu, un nouveau dossier était habituellement établi et l'admissibilité du travailleur aux indemnités était étudiée dans le cadre de ce nouveau dossier. La compatibilité médicale et la continuité des plaintes étaient habi-tuellement considérées seulement lorsqu'il ne pouvait être établi qu'un nouvel accident était survenu. En vertu de la nouvelle politique, les décideurs évaluent l'importance du nouvel accident par rapport à l'état de santé général du travailleur. Si les récents troubles du travailleur proviennent entièrement d'un nouvel accident, un nouveau dossier est établi. Cependant, si la compatibilité et la continuité sont établies et que l'effet du nouvel accident soit sans importance, il y a lieu de reconnaître l'admissibilité du travailleur à des indemnités supplémentaires en raison d'une récidence.
- Dorénavant, lorsqu'ils traitent des cas possibles de récidence, les décideurs examinent tous les facteurs accessoires : la compatibilité médicale, la continuité des plaintes et l'importance du nouvel accident. □

Numéros de télécopieur de la Commission

La Commission exige que l'employeur remplisse au complet le formulaire 7 «Avis d'accident de travail et de maladie professionnelle (employeur)» et le soumette dans les trois jours qui suivent le moment où il apprend qu'un travailleur a subi une lésion ou qu'il a contracté une maladie professionnelle qui l'empêche de toucher son plein salaire ou qui nécessite des soins médicaux. La Commission doit avoir reçu le formulaire 7 dans les sept jours ouvrables qui suivent le moment où l'employeur a appris qu'un accident est survenu (voir le *Bulletin des politiques*, vol. 3, n° 5).

Les employeurs peuvent transmettre par télécopieur au bureau de la Commission approprié un formulaire 7, dûment rempli, aux numéros suivants :

Hamilton	(416) 521-4558
London	(519) 663-2333
Ottawa	(613) 239-3349
Sudbury	(705) 675-9367
Thunder Bay	(807) 343-1702
Toronto	(416) 927-5141
Windsor	(519) 972-4181

Utilisation des enregistrements et des photographies comme preuves (suite de la page 1)

«La Commission n'accepte pas, comme preuves, les enregistrements sonores ou visuels, les bandes audio, bandes vidéo, films ou photographies, à moins :

- que de tels documents ne renferment une information plus complète que celle qui existe déjà, ou encore des renseignements nouveaux;
- qu'il n'y ait un litige majeur, ou
- que l'information fournie ne soit pas préjudiciable au travailleur.

Les enregistrements visuels tels que les bandes vidéo et les films ne peuvent être acceptés comme preuves que par les décideurs de la Commission : commissaires d'audience, enquêteurs, analystes du milieu de travail, commissaires au ren- gement et membres du personnel des Services juridiques affectés à des enquêtes spéciales. Tout enregistrement accepté en preuve doit être pertinent et authentique.

Si le contenu d'un enregistrement sonore ou visuel est jugé inacceptable ou préjudiciable, la Commission n'est aucune- ment dans l'obligation de l'accepter comme preuve.»

(Procès-verbal n° 2, 17 décembre 1990, page 111).

Pertinence

Les renseignements contenus dans les enregistrements sonores ou visuels doivent être directement reliés à la question à l'étude, fournir des éléments d'information nouveaux ou complémentaires, ou encore servir à établir la crédibilité du travailleur. Si un enregistrement montre que les mouvements ou les capacités physiques d'un travailleur sont con- sidérablement différents de ceux relevés lors de l'examen médical, le décideur doit demander la tenue d'un nouvel examen médical.

Authenticité

Les personnes, les activités et les emplacements figurant dans les enregistrements doivent être clairement présentés et facilement identifiables. De plus, les enregistrements doivent s'accompagner d'un document, signé par leur auteur :

- précisant la date, l'heure et l'en- droit des séquences présentées, et attestant du fait que les séquences n'ont pas été modifiées et qu'elles sont une reproduction exacte des faits.

Préjudice

Un enregistrement sonore ou visuel, même s'il se rapporte directement à la question à l'étude, peut être re- jeté comme preuve s'il est jugé préjudiciable au travailleur. Cela ne signifie pas qu'un enregistrement présente par un employeur à l'appui de son argumentation ne peut être accepté, mais plutôt qu'un tel en-registrement ne peut contenir de ren- seignements préjudiciables au travailleur. On ne peut, par exemple, y montrer ou y faire entendre un tra- vailleur qui admet se livrer à une activité illégale ou qui effectivement se livre à une telle activité, car cela pourrait influencer sur l'opinion du décideur et nuire à la crédibilité du travailleur.

Visionnement et évaluation

Le visionnement et l'évaluation des bandes vidéo présentées en preuves sont réservées aux décideurs de la Commission : commissaires d'audience, commissaires au ren- gement et membres du personnel des Services juridiques affectés à des enquêtes spéciales.

Les agents d'indemnisation et les spécialistes de la révision des déci- sions ne peuvent visionner les bandes vidéo ou les films. Si un agent d'indemnisation reçoit une bande vidéo, il tente d'en connaître le contenu auprès de l'expéditeur et il prend les mesures qui s'imposent, soit de faire en sorte qu'un examen médical ait lieu ou qu'une enquête sur place soit menée pour confirmer l'information contenue dans la bande.

Visionnement par le travailleur

Avant de prendre une décision re- posant sur des preuves présentées sous la forme d'enregistrements ou de photographies, le travailleur ou son représentant ont l'occasion de visionner la bande vidéo ou d'exa- miner les photographies et de com- menter les activités qui y sont représentées. ☐

Service des consultations

Dans le dernier numéro du *Bulletin des politiques* (Vol. 4, n° 1), nous avons traité de la consultation por- tant sur le FGTR et les formulaires 6 et 7.

Les personnes intéressées étaient invitées à communiquer avec la Di- rection des politiques administratives puisque le Service des consultations ne possédait pas encore de numéro de téléphone.

Si cette consultation vous intéresse, vous pouvez communiquer avec le service au (416) 926-8689.

Direction des audiences - Heures de bureau prolongées

Afin d'améliorer le service à ses clients, la Direction des audiences de la Commission a prolongé ses heures de bureau; dorénavant, les clients pourront demander qu'une audience se tienne, au plus tard, à 18 h, et ce, du lundi au vendredi.



Le Bulletin des politiques est maintenant imprimé sur du papier recyclé, exempt d'acide et ce, sans traits supplémentaires.



Conformité de la CAT aux obligations de la Loi 162

Dr Robert G. Elgie, président du conseil de la CAT, annonçait récemment que cinq éminents experts ont accepté de siéger à un comité directeur externe, dont le but est de surveiller la conformité de la CAT aux modifications législatives apportées par la Loi 162.

Le professeur George Adams de la faculté de droit de l'Université d'Ottawa présidera le comité qui comptera parmi ses membres M. Michael Trebilcock et Mme Katherine Swinton, tous deux professeurs de droit à l'Université de Toronto; Pt Ralph Garber, président de l'association internationale des Ecoles de service social; et M. Bernie Berger, directeur général du Jewish Vocational Service de la communauté urbaine de Toronto.

Le comité remplira un double mandat : d'une part, il évaluera les propositions soumises par les administrateurs de la CAT sur les mesures de conformité, la mise en oeuvre des programmes, le fonctionnement, les facteurs de réussite, les méthodologies et les échéanciers; d'autre part, il soumettra ses observations et recommandations quant aux programmes.

Le comité portera une attention particulière aux dispositions suivantes :

- la prestation des services et des programmes de réadaptation professionnelle;
- l'obligation de renforcement de l'employeur;
- l'indemnité pour perte non économique en cas de douleurs et souffrances; et
- l'indemnité pour perte économique future destinée aux travailleurs dont l'invalidité reliée au travail pourrait entraîner une perte de gain future.

Le comité rendra compte tous les trimestres au président du conseil et au vice-président administratif de la CAT. □

Utilisation des enregistrements et des photographies comme preuves

Nous connaissons tous l'expression, «une image vaut mille mots». La Commission, sans vouloir diminuer la valeur des images, estime pour sa part que, dans le cadre de l'indemnisation des travailleurs blessés, il faut user de grande prudence quand on utilise des photographies comme preuves.

Valeur probante

Les enregistrements peuvent influer les décideurs par leur effet dramatique et leur aspect sélectif. Cependant, les bandes vidéo et les bandes audio, comme d'ailleurs les films et les photographies, ne fournissent pas nécessairement une preuve certaine d'une invalidité ou d'une capacité de gain. De tels documents peuvent être faussés et ne mesurent pas toujours adéquatement les restrictions physiques, l'amplitude de mouvement, la vitesse, les exigences en énergie ou encore l'efficacité au travail.

Les décideurs doivent tenir compte de toute l'information pertinente, y compris celle contenue dans les bandes et les photographies, afin de rendre une décision en connaissance de cause; il faut se rappeler, cependant, que les enregistrements sonores ou visuels ne comprennent pas : les périodes de repos entre les scènes enregistrées (l'auditeur ou le spectateur peut avoir l'impression que la personne est en mesure de fournir un effort soutenu, même si ce n'est pas le cas);

Stratégie du revenu – Dernières nouvelles

Le conseil d'administration de la CAT a reporté au 1^{er} janvier 1993 la mise en oeuvre de la stratégie du revenu.

En reportant d'un an la mise en oeuvre du nouveau mode de classification et de fixation des taux de cotisation, prévue initialement pour janvier 1992, le conseil se pille à la recommandation du Groupe consultatif des employeurs sur la stratégie du revenu qui lui avait demandé d'agir de la sorte afin d'accorder plus de temps pour l'analyse de la nouvelle classification et permettre une plus vaste consultation à son sujet. De plus, le délai permettra aux employeurs qui n'ont pas encore répondu au questionnaire d'enquête/recensement de le faire.

Des avis seront envoyés aux employeurs au cours de l'été pour les informer de la classification qui leur est proposée pour 1993.

(suite à la page 2)

- les douleurs ressenties par le travailleur;
- les effets douloureux consécutifs à l'activité enregistrée (par exemple, le fait que le travailleur ait dû garder le lit le lendemain).

L'information absente peut produire un effet défavorable sur les décideurs. Les renseignements obtenus par enregistrement sonore ou visuel ne doivent pas primer sur les autres renseignements disponibles. Par exemple, les constatations cliniques obtenues lors d'un examen médical sont une source de renseignements beaucoup plus sûre dans la détermination des pensions que ne l'est l'information recueillie sur bande vidéo, film, photographie ou bande audio. En effet, un enregistrement montrant un travailleur en train d'effectuer certaines tâches ne constitue pas une preuve concluante de l'absence d'une invalidité; un tel document peut toutefois servir à confirmer des renseignements relatifs à une demande d'indemnités.

Les enregistrements sonores ou visuels doivent donc être utilisés avec précaution dans le processus de la prise de décision.

Une nouvelle politique, qui tient compte des limites de la valeur des enregistrements sur bande audio ou vidéo, des films ou des photographies comme preuves, a été élaborée et est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1991.

CA20N
L90
-P56

POLICY REPORT

Workers'
Compensation
BoardCommission
des accidents
du travailJune 1991
Vol. 4 No. 3

Re-Employment of Injured Workers

Proposed Construction Industry Regulation

Temporary Help & Contract Workers

JUL 11 1991

Recognizing the unique nature of the employer-worker relationship in the construction industry, s.54b(9) exempts construction employers from some of the general re-employment requirements of the *Act*.¹ Instead, this section authorizes the Board to make regulations governing the re-employment of construction workers in the construction industry. A bipartite committee composed of 3 representatives from the Building Trades Council and 3 representatives from the Council of Ontario Construction Associations met with Board staff over a 14 month period to discuss and review construction industry requirements and propose regulations. The committee completed its work in January, 1991, having reached agreement in many areas, and submitted its report and recommendations to the Board of Directors on January 22, 1991. The proposed regulations were accepted and minuted by the Board of Directors on April 4, 1991, and are now awaiting approval from the Lieutenant-Governor-in-Council.

Response to Characteristics of Industry

The proposed re-employment regulations respond to 2 special features which make construction work quite different from other employment in other industries in the province.

The first characteristic is the hiring practices used in the construction industry. For unionized labour, employers hire through the union's hiring hall which posts a union-maintained "out-of-work" list. Workers are hired only when they have progressed through to the top of the list. Workers who have completed work on construction projects are put on the bottom of the "out-of-work" list and must wait until they reach the top of the list to return to work. Non-unionized work-

ers are generally hired for less defined duties than workers in the unionized trades, and the employer has full control over who gets hired. This difference between hiring practices has required separate provisions in the regulations with respect to unionized and non-unionized labour.

The second unique characteristic about the construction industry is that the workers employed in construction generally do not establish long term working relationships with a single employer; many will have several employers in a single year. So, when a construction worker suffers an injury that lasts longer than the construction project, re-employment with the accident employer may not always be possible, unless the employer has started another project. Therefore the proposed regulations also take into account the employment relationship between the worker and the employer.

Employers' Obligation – s.17(1)

When the regulations come into effect (on the day they are approved by the Lieutenant-Governor-in-Council), accident employers primarily engaged in construction are obliged to re-employ their injured workers.

Suitable Work Within the Trade – s.17(2)

To ensure that trades will not be displaced on job sites, construction workers must be re-employed "within the worker's trade" so long as the workers have the skills to perform their jobs, are medically fit to do so, and will not be a health or safety hazard to themselves or to their fellow workers. For example, an employer would not be obliged to re-employ a brick layer in a job

Employer-worker relationships in the temporary help industry, like those between construction workers and their employers, differ from those in most industries in general. In the temporary help industry, agencies, which maintain rosters of workers who are provided work on an on-call basis, are the employers. Another characteristic of the temporary help industry is the lack of guarantee workers have regarding the number and duration of assignments offered to them. In the case of contract workers, the contracting party is the employer. Like the temporary help industry there is no guarantee of work beyond the current assignment, however, the duration of assignments, months rather than days or weeks, is usually longer.

In either case, employers of temporary help workers and contract workers have an obligation, under s.54b, to re-employ their injured workers in accordance with Board policies and the following guidelines.

Temporary Help Workers

- Agencies which maintain rosters of 20 or more temporary workers are obligated to re-employ their injured workers.
- Temporary workers who have been on an agency's roster for one continuous year are eligible for re-employment. It is not necessary for the worker to have been continuously on assignment during that year.
- Essential duties of the pre-injury job include the duties of the accident assignment and those of other assignments which the temporary worker performed for the agency, in the past, e.g., word-processing operator, telephone operator, packer, driver.

(continued on page 2)

(continued on page 4)

Construction Industry Regulation (cont'd)

which requires the skills of a carpenter, nor will any construction workers be re-employed in their pre-injury jobs if they are not completely fit to do the work.

Location of Work – s.17(3)b

For workers who are union members, and those employers who are bound by collective agreements with unions, the proposed s.17(3)(b) requires accident employers to re-employ their injured workers on any construction project within either (i) the geographic region of the local union; or (ii) within the jurisdiction of the collective agreement if it is larger than the local union's jurisdiction and there are no restrictions in the collective agreement on workers taking jobs outside the local union's jurisdiction. This section also says that if an accident employer has a shop governed by a construction industry collective agreement and there is no construction work available, the injured worker must be offered employment in the shop. Finally, accident employers are obliged to re-employ their injured workers, anywhere possible within their operations if the workers are permanently impaired and it is impossible for them to work on a construction site.

When Obligation to Re-Employ Begins – s.17(3)(c)

The proposed union reinstatement regulations also provide, in s.17(3)(c), that when the Board notifies the accident employer that the worker is fully recovered and able to perform the essential duties of the pre-injury job, the employer must re-employ the worker in the first "available position". A position is defined as "available" if

- there have been no layoffs since the worker's injury on that site, and
- the injured worker was not replaced
- or
- any work in the injured worker's trade is being done by another worker who has been transferred, assigned, or hired since the injured worker's accident at any

workplace of the accident employer.

If the worker is not able to perform the essential duties, but is able to return to work, the accident employer must offer the worker the first opportunity to accept suitable work² that becomes available.

Alternative Employment – s.17(4)

Since the wage rates and the types of work of non-unionized workers are not as formally defined as those of unionized workers, non-unionized workers are protected by s.17(4) of the proposed regulations. This section says that accident employers must offer non-unionized workers "alternative employment"

- within the worker's trade
- at earnings comparable to the pre-injury earnings level
- most similar to the pre-injury job, with respect to
 - the nature of the job
 - the duration of the project
 - the distance from the worker's home.

Ideally, workers will be reinstated to the construction project that was underway at the time of injury, but if that project has been completed, then employers must re-employ at any of their construction projects or shops. With respect to when a position is available for the non-unionized worker, s.17(4)(c) is identical to the union reinstatement regulations of s.17(3)(c) discussed previously (s.17(3)(c)).

Finally, if non-unionized workers have permanent impairments making it impossible for them to work in construction, then accident employers must re-employ them at any of their workplaces.

Duration of Obligation to Re-Employ – s.17(5)

The regulations also detail in s.17(5) the duration of the employer's obligation to re-employ, which is similar to the duration requirements in s.54b(9) of the *Act*. Thus, employers have a timeframe during which they must re-employ

workers who are able to return to work. Starting from the date of injury they must re-employ

- within 1 year from the date the Board notifies the employer that the worker is able to perform the essential duties of the pre-injury job
 - or
 - within 2 years of the date of the injury
 - or
 - up until the worker reaches age 65
- whichever comes first.

Accommodating Work/ Workplace – s.17(6)

Taking into account the special nature of construction sites, workers who have an impairment as a result of the injury have the right to expect employers to accommodate the work or the workplace to their needs as long as the changes necessary do not cause employers undue hardship³. In accordance with s.17(7) the employer must inform the Board in writing of the manner in which it intends to accommodate the impaired worker.

NOTE

1: In summary, three basic re-employment requirements of the worker-employer relationship in any industry are: 1) Accident employers who employ 20 or more workers are obligated to re-employ their injured workers; 2) workers who have been employed continuously for one year prior to the injury are entitled to re-employment. Work interruptions affect the continuity of employment only if the employer and worker intended to sever the employment relationship; and 3) the re-employment must not be less than 6 months in duration. For details of the general re-employment requirements, see *Policy Report 3-1* and *Operational Policy* manual documents 07-05-02 to 07-05-11.

2: In summary, **suitable work** is any job which a worker is medically able and has the necessary skill to perform.

(continued on page 4)

Work-Relatedness Becomes Review of Entire Entitlement Issue

The Board of Directors has authorized the circulation of a policy proposal, "Entitlement in the Ontario Workers' Compensation System", for consultation until September 1991. The proposal was prepared in response to submissions received during consultation (May '90 to Feb. '91) on the discussion paper, "Work-Relatedness in the Ontario Workers' Compensation System". (See *Policy Report* Vol. 3 Numbers 2 and 3.)

Although the earlier discussion paper briefly considered several other aspects of entitlement to benefits under the *Act*, it focused on developing a test for determining when an injury by accident should be considered to arise out of employment. In their written submissions, members of the Board's communities of interest indicated that, in their view, the various aspects of entitlement are so closely intertwined that it is not helpful to review one aspect in isolation. They recommended that a full policy review of all aspects of the entitlement issue be conducted.

Therefore, the Board has prepared a policy proposal that addresses each component of the entitlement issue and recommends a general approach for determining when a worker should be considered to have suf-

fered a work-related injury by accident that entitles the worker to benefits under the *Act*.

The proposal provides an overview of the various aspects of entitlement and the way in which they should operate. Each component is then individually addressed in separate papers attached as appendices to the policy proposal; the components are:

- the definition of 'injury by accident'
- the presumption in s.3(3) of the *Act*
- the 'in the course of employment' requirement
- the 'arising out of employment' requirement
- serious and wilful misconduct under s.3(7) of the *Act*.

Interested parties are invited to make written submissions by September 30, 1991. Public hearings on the policy proposal will then be conducted by the Board of Directors, or a subcommittee thereof. Details relating to the public hearings will be publicized as soon as they become available.

To obtain a copy of the policy proposal, see below.

Workplace Stressors

A redrafted policy proposal reflecting responses to an earlier proposal for workplace stressor claims has been distributed for consultation. Summarizing submissions respecting the earlier proposal, a consultation report with excerpts from all submissions is also available.

Based on the approach to entitlement described in the policy proposal "Entitlement in the Ontario Workers' Compensation System", the new proposal discusses steps necessary to determine that a disablement exists and that it arose out of and in the course of employment. It addresses topics such as the diagnosis of psychological disorders, establishing an employment and a medical connection, personnel-related stressors and retroactivity. The proposal also suggests development of a specialized unit for adjudication of these claims.

Interested parties are invited to make written submissions by September 30, 1991 respecting this proposal. Public hearings on the proposal will then be conducted by the Board of Directors or a subcommittee thereof. Details relating to the public hearings will be publicized as soon as they become available.

To obtain the policy proposal and/or the consultation report, see below.

Consultation in Progress

For our readers interested in the Board's consultation process, *Policy Report* will be used as a means of informing you of policy issues for which written submissions from the Board's stakeholders are sought. If you are interested in receiving a copy of any of these policy papers, you can now call the *Consultation Unit* at (416) 926-8689 or write to the Manager, Consultation Unit, Strategic Policy & Analysis Division, 2 Bloor St., East, 20th floor, Toronto, M4W 3C3.

Issue

Submission due date

Guidelines for Determining Worker/Independent Operator Status
Options Paper - "Reform of the Second Injury and Enhancement Fund"
Employer Compliance with WCB Revenue and Claims Obligations proposals 5-10
proposals 1-4
Policy Proposal - "Entitlement in the Ontario Workers' Compensation System"
Policy Proposal - "Compensation for Disablements Arising From Workplace Stressors"

June 28, 1991
July 8, 1991
September 1, 1991
December 1, 1991
September 30, 1991
September 30, 1991

Construction Industry Regulation (cont'd)

3: Undue hardship is determined by using The Ontario Human Rights Commission's *Guidelines for Assessing Accommodation Requirements for Persons with Disabilities*.

Assessments Under Appeal Will Be Held in "Suspense"

The Board has rescinded the policy adopted, effective January 1, 1991, to collect s.91(7) assessments while they were under appeal.

The Board will continue to hold s.91(7) assessments in "suspense" accounts until the appeal decision is made.

Meetings to Discuss Assessment Rates

Each summer and fall, the WCB holds public meetings to discuss assessment rates for the next year. This year, the Board is scheduling sessions from August 20 to September 16, 1991 in a variety of locations throughout the province.

In addition to reviewing the 1992 assessment rates, WCB staff will provide an update on experience rating and the revenue strategy.

The schedule of meetings is as follows:

Thunder Bay	August 20
Sudbury	August 21
Sault Ste. Marie	August 22
Barrie	August 27
Scarborough	August 28
Mississauga	August 29
Hamilton	September 4
Kitchener	September 5
London	September 6
Windsor	September 11
Kingston	September 13
Ottawa	September 16

FOR INFORMATION OR TO REGISTER PLEASE CALL: WCB Consultation Unit (416) 926-8689, 1-800-387-8638 toll-free.

Temporary Help and Contract Workers (cont'd)

- Comparable work for temporary workers is the work the worker was able, or potentially able, to do before the accident.
- Suitable employment for temporary workers is any work, matching the worker's reduced capabilities, skills, and training, that may come up on the agency's employment roster.
- Date of reinstatement is the date the worker returns to the employment roster. This date is used to determine whether employers have met their obligation in terms of employment duration following reinstatement.

Contract Workers

- Employers with 20 or more workers (regular, contract and temporary help) are obligated to re-employ their injured contract workers.
- Workers employed with the company for one continuous year are eligible for re-employment.
- Essential duties of the pre-injury job are those duties the worker was contracted to perform.
- The employer is required to re-employ the worker in the pre-injury or comparable job for the remainder of the contract that was interrupted by the injury.
- Employers are expected to offer the contract workers the first suitable temporary job that becomes available.
- The date of reinstatement for contract workers is the date of return to the pre-injury job or a comparable contract position.

Reinstating a temporary help or contract worker does not preclude entitlement to temporary benefits under s.40 or to future economic loss benefits under s.45a.

Policy Report is printed on acid-free, recycled paper at no extra cost.



Where to Buy the Act

Copies of the *Workers' Compensation Act* may be purchased for \$10.70 (includes GST) from

Publications Ontario
880 Bay Street
Toronto, Ontario
M7A 1N8
Tel. (416) 326-5300

Access Ontario
Rideau Centre
50 Rideau Street
Ottawa, Ontario
K1N 9J7
Tel. (613) 238-3630
FAX (613) 787-4055

Payment may be made by sending cheque, money order, or your VISA or Mastercard number (and expiry date) to either of the above addresses.

Also available are publications such as, the Ontario Human Rights Commission's *"Guidelines for Assessing Accommodation Requirements for Persons with Disabilities"* and the *Freedom of Information and Protection of Privacy Act*.

POLICY REPORT

Policy Report is published under the authority and direction of the Operational Policy Branch of the Workers' Compensation Board. If there is any conflict between the statements contained in this publication and the *Workers' Compensation Act* and/or Board approved policy documents, the *Act* or the approved document governs.

Comments or inquiries should be addressed to:

Editor
Policy Report
Operational Policy Branch
Workers' Compensation Board
2 Bloor Street East, 22nd Floor,
Toronto, Ontario, M4W 3C3.

Graphic Production:
Graphics Services,
Communications.

Où se procurer la Loi?

Vous pouvez acheter un exemplaire de la Loi sur les accidents du travail au prix de 10,70 \$ (y compris la TPS) à l'une des adresses suivantes :

Publications Ontario
880, rue Bay
Toronto (Ontario)

M7A 1N8
Téléphone : (416) 326-5300

Accès Ontario
50, rue Rideau
Centre Rideau
Ottawa (Ontario)

K1N 9J7
Téléphone : (613) 238-3630
Télocopieur : (613) 787-4055

Vous pouvez effectuer votre paiement par chèque, mandat ou en envoyant votre numéro de cartes de crédit Mastercard ou Visa (et la date d'expiration) à l'une des adresses susmentionnées. Vous pouvez également y obtenir des publications telles *Directives pour l'évaluation des besoins en matière d'adaptation des personnes handicapées* de la Commission ontarienne des droits de la personne et la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée.

BULLETIN DES POLITIQUES

Le Bulletin des politiques est publié par la Direction des politiques opérationnelles de la Commission des accidents du travail. S'il y a contradiction entre les déclarations contenues dans cette publication et la Loi sur les accidents du travail et/ou les politiques approuvées de la Commission, c'est à la Loi ou aux documents approuvés qu'il faut se référer.

Veillez adresser vos questions ou commentaires à :
Rédactrice
Bulletin des politiques
Direction des politiques opérationnelles
Commission des accidents du travail
22^e étage
2, rue Bloor Est
Toronto (Ontario)
M4W 3C3

Production :
Services graphiques
Communications

Temporaires et contractuels (suite)

- Le traitement de texte, standarde, emballage, chauffage, le travail qu'il était en mesure ou probablement en mesure d'accomplir avant l'accident.
- Par emploi approprié, on entend un travail quelconque qui s'apparente aux capacités, aux compétences et à la formation réduites du travailleur et qui peut figurer sur la liste d'emploi de l'agence.
- La date de renouveau est la date à laquelle le nom du travailleur est placé de nouveau sur la liste d'emploi. Cette date sert à déterminer si les employeurs se sont conformés à leur obligation relative à la durée d'emploi à la suite du renouveau.
- Les employeurs qui emploient vingt travailleurs ou plus (travailleurs réguliers, contractuels ou temporaires) sont obligés de renouer leurs contrats blessés.
- Les travailleurs employés au sein d'une entreprise de façon intermittente pendant un an sont admissibles au renouveau.
- Les tâches essentielles de l'emploi occupé avant la lésion sont les tâches que le travailleur devait accomplir en vertu d'un contrat.
- L'employeur est tenu de renouer le travailleur et de le réintégrer dans l'emploi qu'il occupait avant la lésion ou dans un emploi comparable pendant le reste du contrat qui a été interrompu en raison de la lésion.
- Il est attendu que l'employeur offrira aux contractuels le premier emploi temporaire approprié qui devient disponible.
- La date de renouveau pour le contractuel est la date à laquelle il reprend l'emploi qu'il occupait avant la lésion ou un emploi comparable à contrat.

Le renouveau d'un temporaire ou droit aux indemnités temporaires prévues aux termes de l'article 40 ou à une indemnité pour perte économique future en vertu de l'article 45A.



Le Bulletin des politiques est maintenant imprimé sur du papier recyclé, exempt d'acide et ce, sans frais supplémentaires.

Règlement proposé sur l'industrie de la construction (suite)

d'au moins six mois. Voir le Bulletin des politiques, vol. 3, n° 1, et le Manuel des politiques opérationnelles, documents 07-05-02 à 07-05-11.

2: On entend par travail approprié tout emploi qu'un travailleur est en mesure d'accomplir, sur le plan médical, et pour lequel il a les compétences nécessaires.

3: La notion de préjudice excessif est déterminée à l'aide du document intitulé *Directives pour l'évaluation des besoins en matière d'adaptation des personnes handicapées*, publié par la Commission ontarienne des droits de la personne.

Cotisations

«en suspens»

La Commission a annulé la politique visant à recouvrer les cotisations prévues aux termes du paragraphe 91 (7), pendant que celles-ci faisaient l'objet d'un appel.

En attendant qu'une décision soit rendue, les cotisations demeureront dans des comptes «en suspens».

Réunions sur les taux de cotisation

La Commission tiendra des réunions publiques du 20 août au 16 septembre 1991 dans plusieurs villes de la province pour discuter des taux de cotisation de l'année qui suivra. En plus de passer en revue les taux de cotisation de 1992, le personnel de la CAT présentera une mise à jour portant sur la tarification par incidence et la stratégie de revenu. Les réunions auront lieu aux dates et dans les villes suivantes :

Thunder Bay
20 août
Sudbury
21 août
Sault-Sainte-Marie
22 août
Barrie
27 août
Scarborough
28 août
Mississauga
29 août
Hamilton
4 septembre
Kitchen
5 septembre
London
6 septembre
Windsor
11 septembre
Kingston
13 septembre
Ottawa
16 septembre

Pour obtenir des renseignements ou vous inscrire, veuillez communiquer avec le Service des consultations au (416) 926-8689, ou sans frais, au 1-800-387-8638.

La question des liens de causalité avec le travail entraîne une étude approfondie sur l'admissibilité*

Facteurs de stress au travail*

Le conseil d'administration a approuvé la distribution d'un énoncé de politique intitulé « L'admissibilité dans le cadre du régime d'indemnisation des travailleurs de l'Ontario », aux fins de consultation jusqu'en septembre 1991. L'énoncé faisait suite aux observations qui ont été reçues au cours de la période de consultation (de mai 1990 à février 1991) du document de travail « Liens de causalité dans le régime d'indemnisation des travailleurs de l'Ontario ». (Voir le *Bulletin des politiques*, vol. 3, nos 2 et 3.)

Par conséquent, la Commission a préparé un énoncé de politique qui traite de chacun des éléments de l'admissibilité et recommande l'adoption d'une approche générale pour déterminer dans quelles circonstances il faudrait considérer qu'un travailleur a subi une lésion accidentelle reliée au travail qui lui donnerait droit à des indemnités en vertu de la Loi. L'énoncé donne un aperçu des divers aspects de l'admissibilité et de leur mise en application. Chaque élément est ensuite traité séparément dans des documents annexés à l'énoncé de politique; ces éléments sont les suivants :

- la définition de l'expression « lésion accidentelle »;
- la présomption aux termes du paragraphe 3 (3) de la Loi;
- l'exigence en matière de « au cours de l'emploi »;
- l'exigence en matière de « survenant du fait de l'emploi »;
- l'inconduite grave et volontaire aux termes du paragraphe 3 (7) de la Loi.

Un énoncé de politique révisé portant sur les demandes d'indemnisation reliées à des facteurs de stress au travail, lequel met en valeur les observations soumises à la suite d'un premier énoncé, a été distribué aux fins de consultation. Par ailleurs, un rapport de consultation contenant des extraits de toutes ces observations a été préparé. Suivant l'approche relative à l'admissibilité décrite dans l'énoncé de politique « L'admissibilité dans le cadre du régime d'indemnisation des travailleurs de l'Ontario », ce nouvel énoncé de politique discute des étapes nécessaires qu'il faut suivre pour déterminer si une incapacité existe et si celle-ci est survenue du fait et au cours de l'emploi. Cet énoncé traite de sujets tels le diagnostic de troubles psychologiques, l'établissement d'un lien sur les plans professionnel et médical, les agents stressants reliés au personnel, ainsi que la rétroactivité. Il est également question de la mise sur pied d'une unité spécialisée dans le traitement de ces demandes d'indemnisation.

* Les personnes intéressées sont invitées à soumettre leurs observations écrites d'ici au 30 septembre 1991. Le conseil d'administration, ou un sous-comité de ce dernier, tiendra des audiences publiques sur ces énoncés de politique. Nous vous donnerons des précisions quant à la tenue des audiences publiques dès que possible.

Pour obtenir un exemplaire de ces énoncés de politique et du rapport de consultation, voir ci-dessous.

Consultation en cours

Les lecteurs qui s'intéressent au processus de consultation de la Commission pourront trouver dans le *Bulletin des politiques* les renseignements qu'ils désirent quant aux questions de politique sur lesquelles la Commission entend solliciter des observations. Si vous désirez obtenir un exemplaire des documents mentionnés ci-dessous, veuillez téléphoner au Service des consultations au (416) 926-8689 ou écrire au chef de service, Service des consultations, Division de la politique générale et des services d'analyse, 2, rue Bloor Est, 20^e étage, Toronto M4W 3C3.

Question à l'étude

Date limite pour la réception des observations

Directives visant la détermination du statut travailleur/exploitant indépendant	28 juin 1991
Enoncé des options - « Réforme du Fonds de garantie pour travailleurs réintégrés »	8 juillet 1991
Enoncé de politique - « Conformité de l'employeur aux obligations de la CAT en matière de revenu et d'indemnisation » propositions 5-10	1 ^{er} septembre 1991
Enoncé de politique - « L'admissibilité dans le cadre du régime d'indemnisation des travailleurs de l'Ontario »	1 ^{er} décembre 1991
Enoncé de politique - « Indemnisation des travailleurs souffrant d'incapacités reliées à des facteurs de stress au travail »	30 septembre 1991

plan médical, à s'acquitter de leurs tâches et ne constituent pas un risque en matière de santé ou de sécurité envers eux-mêmes ou leurs collègues. Par exemple, un employeur ne serait pas tenu de renvoyer un ouvrier dans un emploi de menuisier, et un travailleur du bâtiment ne serait pas renvoyé dans un emploi qu'il occupait avant la lésion, s'il n'était pas complètement apte à effectuer le travail.

Lieu du travail - alinéa 17 (3) b)

Quant aux travailleurs membres

d'un syndicat et aux employeurs liés à un syndicat en vertu d'une convention collective, les employeurs au moment de l'accident sont tenus de renvoyer leurs travailleurs blessés dans tout projet de construction qui est i) soit au sein de la région géographique représentée par le syndicat local; ou qui ii) relève de la compétence territoriale prévue aux termes de la convention collective, si cette compétence est plus vaste que celle du syndicat local et si la convention collective ne fait mention d'aucune restriction relative ment aux travailleurs qui acceptent des emplois hors de la compétence territoriale du syndicat local. Par ailleurs, le présent alinéa précise que si un employeur au moment de l'accident est propriétaire d'un atelier régi par une convention collective de l'industrie de la construction et si aucun travail dans le domaine de la construction n'est disponible, il doit offrir au travailleur blessé un emploi dans l'atelier. Enfin, l'employeur au moment de l'accident est obligé de renvoyer un travailleur blessé au sein de son activité commerciale et ce, quel que soit le secteur, si ce dernier est atteint d'une déficience permanente qui l'empêche de travailler sur un chantier de construction.

Entrée en vigueur de l'obligation de renvoyer - alinéa 17 (3) c)

En vertu des règlements proposés relatifs au renversement des travailleurs syndiqués, lorsque la Commission avise l'employeur au moment de l'accident que le travailleur est complètement rétabli et est en mesure d'accomplir les tâches essentielles de l'emploi qu'il occupait avant la lésion, l'employeur doit renvoyer le travailleur dans le premier «emploi qui devient disponible». Un emploi est défini comme étant «disponible» lorsque :

- il n'y a pas eu de mises à pied depuis que le travailleur a subi une lésion sur le chantier de construction, et
 - le travailleur n'a pas été remplacé, ou
 - un emploi dans le métier du travailleur blessé est effectué par un autre travailleur qui a été muté, affecté ou engagé depuis l'accident du travailleur blessé sur un lieu de travail quelconque de l'employeur au moment de l'accident.
- Si un travailleur n'est pas en mesure de s'acquitter des tâches essentielles, mais est en mesure de retourner travailler, l'employeur au moment de l'accident doit lui offrir l'occasion d'accepter le premier un emploi approprié qui devient disponible.

Autre emploi - paragraphe 17 (4)

- Étant donné que les taux de salaires et le genre de travail des travailleurs non syndiqués ne sont pas définis avec autant de précision que ceux des travailleurs syndiqués, l'employeur au moment de l'accident est tenu d'offrir au travailleur non syndiqué un «autre emploi» dans le même métier que celui qu'il exerçait;
- aux gains comparables au niveau de gain qu'il touchait avant la lésion;
 - qui s'apparente le plus possible à l'emploi qu'il occupait avant la lésion relativement à :
 - la nature de l'emploi,
 - la durée du projet,
 - la distance entre son domicile et le lieu de travail.

Idéalement, les travailleurs repren-
dront leurs fonctions au sein même du projet de construction qui était en cours au moment de l'accident; toutefois, si le projet est achevé, l'employeur doit renvoyer le travailleur dans un autre projet de construction ou un atelier quelconque. Quant à la question du moment où un emploi devient disponible pour le travailleur non syndiqué, l'alinéa 17 (4) c) prévoit une disposition identique à celle de l'alinéa 17 (3) c).

Finalement, si un travailleur non syndiqué est atteint d'une déficience permanente qui l'empêche de travailler dans le domaine de la construction, l'employeur au moment de

l'accident doit alors le renvoyer dans un de ses lieux de travail. **Durée de l'obligation de renvoyer - paragraphe 17 (5)**

Les règlements énoncent aussi la durée de l'obligation de renvoyer de l'employeur, laquelle est semblable aux exigences de durée prévues au paragraphe 54b (9) de la Loi. Par conséquent, les employeurs doivent renvoyer les travailleurs qui sont en mesure de retourner travailler dans un délai délimité, selon la plus rapprochée des dates suivantes :

- dans l'année qui suit la date où la Commission l'avise que le travailleur est en mesure de s'acquitter des tâches essentielles de l'emploi qu'il occupait avant la lésion, ou
- dans les deux ans après la date de la lésion, ou
- au plus tard à la date où le travailleur atteint l'âge de 65 ans.

Adaptation du travail ou du lieu de travail - paragraphe 17 (6)

Compte tenu de la nature particulière des chantiers de construction, les travailleurs qui sont atteints d'une déficience en raison d'une lésion ont le droit de s'attendre à ce que l'employeur adapte le travail ou le lieu de travail à leurs besoins, dans la mesure où cela ne lui cause aucun préjudice excessif. Conformément au paragraphe 17 (7), l'employeur doit aviser la Commission par écrit des détails dont il entend s'y prendre pour répondre aux besoins du travailleur atteint de déficience.

REMARQUE

1 : Les trois exigences fondamentales de renversement se rapportent à la relation travailleur-employeur dans toute industrie sont les suivantes : 1) les employeurs au moment de l'accident qui emploient régulièrement vingt travailleurs ou plus sont tenus de renvoyer leurs travailleurs blessés; 2) les travailleurs qui étaient employés de façon ininterrompue depuis un an avant la lésion ont droit au renversement; les interruptions de travail n'ont un effet sur la continuité de l'emploi que si l'employeur et le travailleur avaient l'intention de rompre la relation de travail; et 3) le renversement doit être (suite à la page 4)



Le renforcement des travailleurs blessés Règlement proposé sur l'industrie de la construction

Compte tenu de la nature exceptionnelle de la relation employeur-travailleur dans l'industrie de la construction, les employeurs de la construction sont soustraits de certaines des exigences générales de renforcement prévues aux termes de la Loi¹. Le paragraphe 54b (9) autorise la Commission à prendre des règlements qui régissent le renforcement des travailleurs du bâtiment au sein de l'industrie de la construction. Un comité bipartite, composé de trois représentants du Conseil des métiers de la construction et de trois représentants du Conseil des associations de la construction de l'Ontario, s'est réuni avec des membres du personnel de la Commission sur une période de quatre mois pour discuter et réviser les exigences se rapportant à l'industrie de la construction et pour proposer des règlements. Le comité a mis fin à son travail en janvier 1991 après avoir atteint un consensus sur plusieurs questions; le 22 janvier 1991, il a soumis son rapport et ses recommandations au conseil d'administration. Les règlements ainsi proposés ont été acceptés par le conseil et ajoutés au procès-verbal du 4 avril 1991, et il s'agit maintenant d'attendre l'approbation du lieutenant-gouverneur en conseil.

Caractéristiques de l'industrie

Les règlements de renforcement proposés tiennent compte de deux caractéristiques particulières qui font en sorte que les travaux de construction diffèrent énormément de tout autre travail dans d'autres industries de la province.

La première caractéristique se rapporte à la procédure d'embauchage. Pour ce qui est de l'embauchage de la main-d'oeuvre syndiquée, les employeurs font appel aux bureaux d'embauchage syndicaux qui affichent une liste de «sans emplois», tenue par le syndicat. Un travailleur n'est embauché que lorsque son nom arrive progressivement au haut de la liste. Ainsi, le travailleur dont l'emploi a un projet de construction a pris fin est placé au bas de la liste des «sans emplois» et

celui-ci doit attendre que son nom figure en tête de liste avant de reprendre le travail. Les travailleurs non syndiqués sont généralement embauchés dans le but d'effectuer des tâches moins bien définies que celles des travailleurs syndiqués; dans ce cas, l'employeur a alors l'autorité d'embaucher la personne qu'il désire. Ces procédures d'embauchage divergentes ont nécessité l'élaboration de dispositions distinctes dans les règlements relatifs à la main-d'oeuvre syndiquée et non syndiquée.

En règle générale, les travailleurs employés dans l'industrie de la construction n'établissent pas des relations de travail à long terme avec un employeur en particulier; c'est la seconde caractéristique de cette industrie. En fait, au cours d'une année, bon nombre d'entre eux auront travaillé pour plusieurs employeurs. Par conséquent, lorsqu'un travailleur du bâtiment subit une lésion et que la période d'invalidité dépasse celle du projet de construction, il n'est pas toujours possible pour l'employeur au moment de l'accident de le renvoyer, à moins que celui-ci n'ait entrepris un autre projet. Or, les règlements proposés prennent aussi en compte la relation de travail entre le travailleur et l'employeur.

Obligation de l'employeur - paragraphe 17 (1)

Lorsque les règlements entreront en vigueur, les employeurs au moment de l'accident qui opèrent principalement dans le domaine de la construction seront tenus de renvoyer leurs travailleurs blessés.

Emploi approprié dans le métier - paragraphe 17 (2)

Afin de veiller à ce qu'il n'y ait pas de déplacements inutiles à l'intérieur des métiers, il est essentiel de renvoyer les travailleurs du bâtiment «dans leurs métiers», dans la mesure où ceux-ci ont les compétences nécessaires pour accomplir le travail, et qu'ils sont aptes, sur le

(suite à la page 2)

Comme c'est le cas pour les travailleurs du bâtiment et leurs employeurs, les relations entre employeur et travailleur dans l'industrie des temporaires diffèrent en général de celles des autres industries. Dans l'industrie des temporaires, les agences tiennent des listes de travailleurs auxquels est offert du travail sur une base de disponibilité; ces agences sont considérées comme les employeurs. Par ailleurs, l'industrie des temporaires est caractérisée par le manque de certitude qu'ont les travailleurs quant au nombre et à la durée de leurs affectations. Dans le cas des contrats, la partie contractante est l'employeur. Comme pour l'industrie des temporaires, les contractuels n'ont aucune garantie de travail une fois leur contrat en cours terminé; toutefois, la durée des affectations, en fonction de mois plutôt que de jours ou de semaines, est habituellement plus longue.

Dans les deux cas, les employeurs de temporaires et de contractuels ont une obligation, en vertu de l'article 54b de la Loi, de renvoyer les travailleurs blessés conformément aux politiques de la Commission et aux directives suivantes.

Les temporaires

- Les agences qui tiennent des listes de vingt travailleurs ou plus sont obligées de renvoyer leurs travailleurs blessés.
- Les temporaires dont le nom figure sur la liste d'une agence pendant une période continue d'un an sont admissibles au renversement. Il n'est pas nécessaire que le travailleur ait été affecté, de façon ininterrompue, à un emploi au cours de l'année en question.
- Les tâches essentielles de l'emploi avant la lésion comprennent les tâches accomplies au moment de l'affectation au cours de laquelle il a subi une lésion ainsi que celles effectuées pour le compte de l'agence lors d'affectations antérieures, p. ex., opérations

(suite à la page 4)

A20N
L90
P56

POLICY REPORT



Workers'
Compensation
Board

Commission
des accidents
du travail

August 1991
Vol. 4 No. 4

Vocational Rehabilitation – An Overview

The Board's vocational rehabilitation (VR) services and programs are based on the principles that early intervention, and the participation and commitment of all concerned parties, is essential to achieve the VR goal; that VR services and programs must be accessible, timely, intensive, and goal oriented; and that the delivery of vocational rehabilitation must be distinct from claims adjudication.

The VR goal, in every case, is to minimize the impact of work-related injuries and diseases by helping injured workers re-establish an earnings profile¹ comparable to what they would have had, but for the injury.

To this end, the goal is to help workers achieve whichever of the following is practicable and possible:

- return to the pre-injury job with the accident employer, or
- a comparable job with the accident employer, or
- a comparable job with another employer, or
- appropriate alternative work with the accident employer, or
- appropriate alternative work with another employer.

The first step towards the goal is the referral to vocational rehabilitation. (See graphic insert.) Claims adjudicators refer all workers who have not returned (or possibly will not return) to their pre-injury jobs or to comparable, alternative jobs, and any worker who is not receiving VR services and programs. However, when workers only require short-term (4 to 6 weeks) modified work before resuming their pre-injury jobs, claims adjudicators make all the necessary arrangements directly with accident employers.

Early Referrals

According to s.54a(2), the Board must contact injured workers for the purpose of establishing vocational rehabilitation within 45 days after they have given notice of accident.

The notice could be the *Worker's Report of Accident/Disease* (Form 6) or any written notice from the worker, as described in s.20.

For practical purposes, the Board's policy is to use the **date of registration [DR]** of a claim as the pivotal date. Registration of a claim occurs immediately upon receipt of **any** notice of an accident – Form 7 from an employer, a Form 6 from the worker, Form 8 from a doctor, etc. This alleviates problems that could arise for workers who are unable to submit a notice of accident.

Thus, as early in the claims process as possible, claims adjudicators identify workers who, despite the best possible medical rehabilitation, will not return to the pre-injury job, and immediately refer them to VR caseworkers.

When it is too early to determine whether the worker will return to the pre-injury job, i.e., the extent of the injury is not obvious, claims adjudicators monitor the worker's progress by reviewing claim files **6 weeks from the date of registration [DR-6]** and every 6 weeks to **week 24 [DR-24]**, making referrals as soon as they have pertinent information.

If at **[DR-24]**, the workers have still not returned to work, they are automatically referred for a VR assessment. This automatic referral at week 24 satisfies the legislative obligation [s.54a(5)] to offer rehabilitation assessments within 6 months after notice of accident to all workers who have not returned

to their pre-injury jobs or to alternative comparable jobs.

Claims for temporary total disability (s.40) that are not adjudicated within **42 days [DR-6]** of registration are referred to caseworkers as soon as the decision is made to allow the claim.

Activating Cases

Caseworkers activate cases when they determine that the worker requires VR services, or programs, or both. Cases are activated if

- with VR services or programs, the worker will be able to return to the pre-injury or comparable job
- VR services or programs will enable the worker to re-establish, as closely as possible, the pre-injury earnings profile¹
- the Board determines that the accident employer has breached the s.54 obligation to re-employ
- the caseworker offers a General VR Assessment.

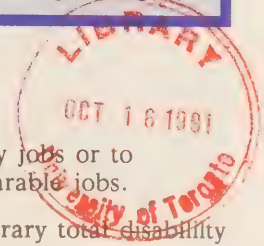
A prerequisite is the worker's availability and ability to participate.

If the VR caseworker finds that the worker does not require VR assistance, the case is closed.

Phase 1 – Pre-Vocational

The objectives of this phase are to

- evaluate the worker's post-injury employment capabilities
- establish VR goals which will most closely re-establish the worker's pre-injury earnings profile
- establish what VR services and programs are required to meet the goal
- prepare and commit to a plan to achieve the goal.



General VR Assessment

The General VR Assessment (GVRA) is the first step in determining the workers' needs. It is an information gathering process, conducted by the caseworker in co-operation with the injured worker, the employer, and the treating physician (all interested parties).

The information gathered includes the worker's

- medical precautions
- prognosis for recovery (based on information available at that time)
- obstacles to successful employment
- non-work-related conditions
- physical and vocational capabilities, and on the
- essential duties of a potential job.

The GVRA leads to the design, development, and implementation of a VR plan – a written agreement between the worker and all interested parties.

If the GVRA is insufficient to establish the worker's capabilities and VR requirements and to design or implement a VR plan, the interested parties may request the following special evaluations which may be conducted by outside agencies;

Work Trial – placement with an employer for a period of time, generally no longer than 2 months. The work trial is the preferred method of evaluating workers' aptitude and skills and their ability to do the job. It gives all interested parties an opportunity to observe how, among other things, workers prepare for work; do the job; cope in the work environment; and interact with co-workers.

A work trial is considered when

- a specific job with a job description is available
- it is necessary to assess if the worker is physically capable of performing the essential duties of the job

- the proposed work trial is unlikely to harm the worker, given the worker's medical precautions.

Generally, a successful work trial ends with the employer hiring the worker. During the work trial period, the Board pays compensation benefits.

Functional Abilities Evaluation (FAE) – a procedure that identifies workers' abilities and limitations as they relate to a specific vocational objective. The FAE acts as a guide to selecting an appropriate vocation.

Vocational Evaluation – a series of tests and work samples to identify an individual's learning ability, academic standing, interests, and aptitudes.

Social Rehabilitation Counselling is made available to workers who, as a result of their injuries, have suffered a "marked life disruption" (i.e., a disruption of social, occupational, and home life), and require social rehabilitation counselling. The objective is to lessen the negative impact that an impairment can have on a worker's family and social life, which ultimately interferes with the worker's ability to engage in vocational rehabilitation and return to work.

Discouraged workers, or those who appear to lack motivation as a result of the injury, are referred for counselling if the caseworker feels they will be able to participate in designing, entering into, or completing, a VR plan.

Committing to a VR Plan

When workers' requirements are compared to available programs and services in Phase 2 (and Phase 3, if appropriate), the interested parties reach a consensus and negotiate the terms of the appropriate service and/or programs.

The results, recorded by the caseworker, direct the VR plan. The plan sets out the VR objectives, programs and activities, and the time-frames necessary to bring the

worker back, or as close as possible to the pre-injury earnings profile.

The VR plan may be changed if there is no work in the occupation chosen to achieve the earnings profile or if the vocational objective is no longer suitable.

Phase 2–Job Preparation

Job preparation programs are tailored to the individual requirements of workers who are unable to return to their pre-injury jobs.

To help prospective employers of impaired workers, the Board offers technical and consulting services through work-site analysts or ergonomic specialists. New employers who employ injured workers are offered financial assistance, as are accident employers who, without this assistance, would suffer undue financial hardship².

Note: Placement in programs must not pose a health or safety hazard to injured workers or co-workers.

Transitional Work Program

(TWP) is specifically designed to help workers re-adjust to employment so that they can gradually improve their physical capabilities and increase their tolerances. Generally, a program lasts no longer than 4 months. If employers have established their own modified work programs, the Board considers these to be equal to a TWP or a Work Trial (Phase 1).

A TWP is applicable only if a specific job is available. The job can be the pre-injury job with modifications or a modified alternative, or a modified suitable job.

When the TWP is complete, if the worker and the employer agree that additional job skills and knowledge in the use of tools, equipment, and methods are required to perform a suitable job, then the caseworker may negotiate a training-on-the-job program; but, generally, this is not required.

Special Work Placement Programs are designed for permanently impaired workers who 1) are unable to return to pre-accident or suitable employment or 2) are not appropriate candidates for TWP or Training-on-the-Job (TOJ) programs or 3) have attempted to return to work using the TWP, and/or the TOJ program, and have not benefitted from them.

Special placements, which may last up to one year, are arranged by VR caseworkers or through VR agencies as part of a job placement activity.

Conditions are attached to these placements:

- 1) Caseworkers must ensure that a supervisor at the worksite (or an appropriate designate) is assigned to provide the worker with job instructions, training, and evaluation
- 2) To do evaluations, the supervisor must be aware of the worker's physical capabilities but, before this information is released, the worker must first agree.
- 3) The worker and the caseworker must agree to the performance standards by which the worker is to be evaluated.

The Board pays benefits to workers in these programs.

Formal Training (Academic Programs) may be provided for upgrading workers' education when

- placement of the workers in appropriate alternative work is not possible, and
- such training will enable workers to achieve specific vocational objectives, and
- vocational testing indicates that the worker has the interest, aptitude, and ability to complete the program, and
- employment opportunities exist, or may be reasonably expected to exist, for workers in the chosen field.

These programs are conducted in registered, Board-approved, institutions or other authorized training

facilities in Ontario. However, if the programs are not available in Ontario, the Board may approve workers' participation in programs in other provinces, or in the U.S. No time-limits are placed on the length of a formal training program, other than what is appropriate and feasible to bring workers as close as possible to the vocational goal.

Workplace & Work Modifications Programs are individualized to meet the injured workers' needs. Although, under the *Act*, modifications are the obligation of accident employers, the Board does provide employers with consultative and technical services. The Board will financially assist employers who may undergo undue financial hardship to accommodate the workplace. The Board will also financially assist new employers who make a written commitment to permanently employ injured workers.

Caseworkers and worksite analysts assist interested parties plan and make changes to the work and/or workplace after a thorough analysis is done to assure worker-job compatibility and the health and safety of injured workers or their co-workers.

Modifications may include, but are not limited to

- making facilities readily accessible to, and usable by, the injured worker
- job restructuring and altering the ways tasks are done
- creating part-time or modified work schedules
- acquiring or modifying equipment, tools, or other devices
- providing assistants and support staff.

Employers are responsible for the maintenance and repairs of equipment. Board-funded portable modifications are Board property and are removed if the workers leave.

Home Modifications for Home-bound Employment may be provided to totally and permanently

impaired workers when it is medically and vocationally appropriate and all other employment alternatives have been tried. The modifications, which must be considered necessary, may include but are not limited to

- providing access to the area where the job tasks will be carried out, e.g., workshop or garage
- widening doorways, installing ramps or elevating devices
- relocating or constructing partitions
- re-arranging or installing bathroom facilities.

Modifications are made to the principal residence only. The caseworker helps to obtain written authorization from the owner to make modifications. If the residence is the **worker's** property and the modifications or additions are not feasible, an addition may meet the requirements. If an addition is not practical, equivalent funds may be applied towards the purchase of a different residence.

Assistive Devices Programs serve to analyze the individual requirements of physically impaired workers and provide prosthetic aids/attachments, equipment, or appliances to enable them to do specific jobs.

Under the *Human Rights Code* and the *Act*, it is the responsibility of employers to provide such devices. But, as in the case of workplace modifications, the Board will pay the costs, if the accident employer can't afford them² or, if a new employer hires the impaired worker.

The Board pays for normal maintenance, repairs, and replacements, unless the worker has not heeded warranty requirements or recommended operating instructions, or, the damage is caused by misuse.

Phase 3—Return to Work

This phase focusses on job placement. Its objective is to help workers find a job, by providing job search counselling and training.

Training-on-the-Job (TOJ)

Programs are designed to teach new skills. They usually last 9 months, depending on the worker's physical capabilities, medical precautions, and the demands of the job.

TOJ programs are offered to workers who need hands-on-training and marketable experience or new vocational skills to become employable.

Employers pay workers at least 50 per cent of the starting salary over the duration of a program. The balance is paid in benefits under s.40(2)(a), s.45a or s.135.

Job Search Training Programs are offered to workers by Board personnel or via agencies in the community. Instructions may include such important how-to's as completing job application forms, preparing *résumés*, preparing for the interview and discussing physical capabilities with the prospective employer.

Job Search Assistance is available to workers who are employable but need individual assistance to find work with other than the pre-injury employer. Assistance may last for up to 6 months, during which time it is anticipated that the worker will find employment.

The Board will extend assistance for a further 6 months when

- the impairment is such that a more extensive job search is required
- the worker is willing to expand the search by agreeing to a job change or to work in another location
- there is a decline in available jobs for which the worker is trained.

The caseworker monitors the job search and documents the worker's involvement in the return-to-work phase of the VR plan. The Board provides benefits to workers who actively participate in the return-to-work phase.

Placement Advisers help workers who are employable and have job-search skills find work with other than the pre-injury employer.

VR for Surviving Spouses

Spouses of workers who died from an accident which occurred on or after January 2, 1990, are entitled to social and VR services as are the spouses of workers whose injuries occurred on or after April 1, 1985, but prior to January 2, 1990, if workers died as a result of their injuries or would have received total permanent disability pension had they lived.

Claims adjudicators refer surviving spouses to caseworkers or VR specialists.

Caseworkers and VR specialists gather information

- the spouse's personal, social and family situation; employment status
- desire to enter or re-enter the work-force
- vocational goals, skills, work experience, and potential.

Re-Activating Cases

Claims adjudicators refer cases to caseworkers for re-activation, if

- the services and programs previously provided did not meet all the objectives
- the worker is laid off from temporary, modified work, and is still temporarily, partially disabled
- the employer has failed to fulfil one or more of the commitments made in the VR plan
- the impairment increases, making the worker unable to return to the most recent employment.

Workers Returning to Work

Although generally ineligible for income support, workers who are permanently impaired from an injury, and return to work, remain eligible for VR services and programs.

Notes

1. *Gross earnings at time of accident, plus benefits paid by employer, plus increases which occurred since injury, plus an amount to account for inflation, and future increases which the worker would have received had the injury not occurred.*
2. *Undue financial hardship: The Board uses The Ontario Human Rights Commission's Guidelines for Assessing Accommodation Requirements for Persons With Disabilities to determine if, and to what extent the accommodations would cause hardship.* □

Has your address changed?

Please submit any changes in your mailing address to:

**Manuals Distribution Specialist,
Policy Publications,
Workers' Compensation Board,
2 Bloor Street East, 22nd Floor,
Toronto, Ontario, M4W 3C3
(416) 927-4941**

Subscriptions to **Policy Report** are free on request to this address.

Policy Report is printed on acid-free, recycled paper at no extra cost.



POLICY REPORT

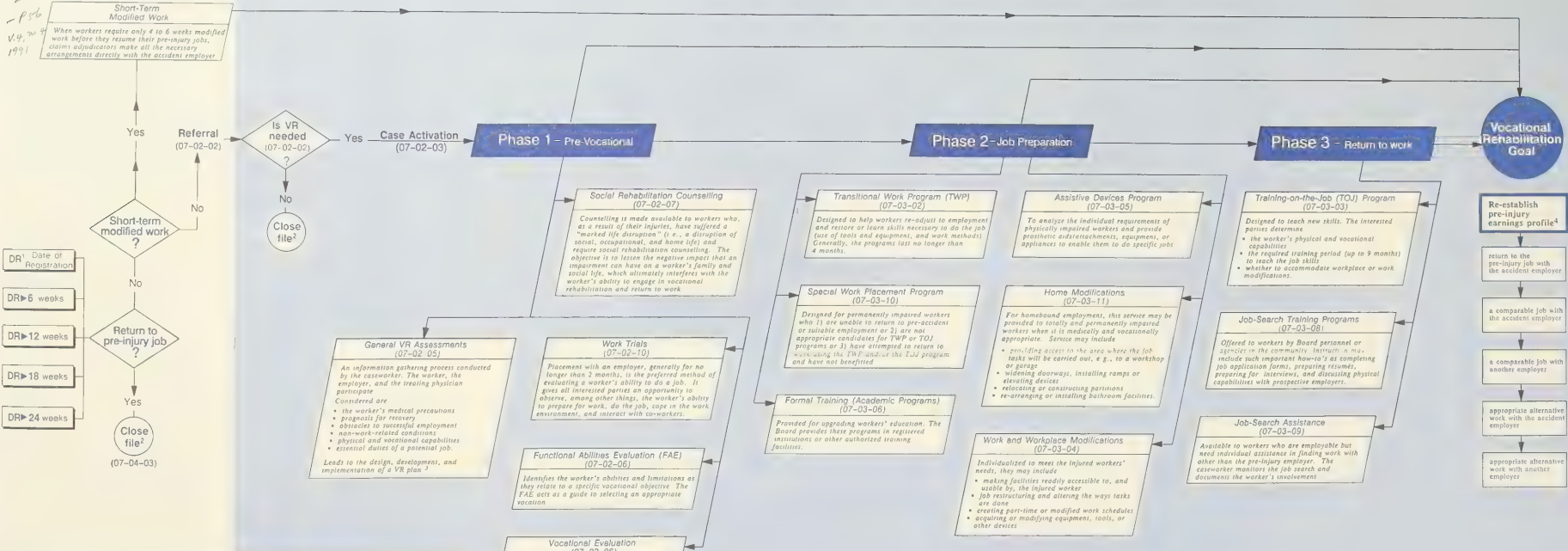
Policy Report is published under the authority and direction of the Operational Policy Branch of the Workers' Compensation Board. If there is any conflict between the statements contained in this publication and the *Workers' Compensation Act* and/or Board approved policy documents, the Act or the approved document governs.

Comments or inquiries should be addressed to:

Editor
Policy Report
Operational Policy Branch
Workers' Compensation Board
2 Bloor Street East, 22nd Floor
Toronto, Ontario, M4W 3C3

Graphic Production:
Graphics Services
Communications

Claims Adjudication - Vocational Rehabilitation - An Overview



Legend [Bracketed numbers, e.g., (07-02-02), are OP manual document numbers]

DR¹ Date of registration of a claim. Claims adjudicators monitor the worker's progress by reviewing claim files 6 weeks from the date of registration (DR-6), and every 6 weeks to week 24 (DR-24), making referrals as soon as they have pertinent information.

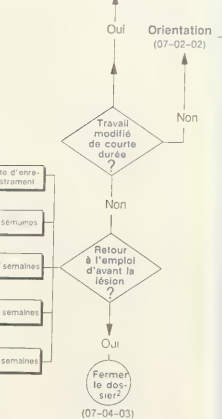
Close File² Files may be re-activated in appropriate circumstances. (See 07-04-04.)

VR Plan³ A written agreement between the worker, employer, caseworker, and treating physician. It states the activities, programs, and time-frames necessary to achieve the VR objectives. (See 07-02-09.)

Earnings Profile⁴ Gross earnings at time of accident, plus benefits paid by employer, plus increases which occurred since injury, plus an amount to account for inflation, plus future increases which the worker would have received had the injury not occurred.

Indemnisation Survol de la réadaptation professionnelle

Travail modifié à court terme
Lorsque les travailleurs ne requièrent qu'un travail modifié de courte durée (de quatre à six semaines) avant de reprendre l'emploi d'avant la lésion, l'agent d'indemnisation prend toutes les dispositions nécessaires directement auprès de l'employeur au moment de l'accident.



La RP est-elle requise ? (07-02-02)

Oui

Prise en charge (07-02-03)

Non

Fermer le dossier

Étape 1 - Évaluation pré-professionnelle

Orientation en réadaptation sociale (07-02-07)
L'orientation en réadaptation sociale est offerte au travailleur qui, en raison de sa lésion, a subi une «perturbation marquée de la vie» (c.-à-d. une perturbation de sa vie sociale, professionnelle et familiale) et qui a besoin d'une telle orientation. L'objet de cette orientation est de réduire les effets négatifs possibles d'une déficience sur la vie familiale et sociale du travailleur, effets qui se repercutent en dernière analyse sur la capacité d'un travailleur de participer à la réadaptation professionnelle et de retourner travailler.

Évaluation générale de RP (07-02-05)
Il s'agit d'une caverne de renseignements faite par l'agent de RP en collaboration avec le travailleur blessé, l'employeur et le médecin traitant. L'évaluation vise à recueillir des renseignements sur :

- les précautions d'ordre médical;
- le pronostic de rétablissement;
- les obstacles à une reprise réussie du travail;
- les états pathologiques non reliés au travail;
- les capacités physiques et professionnelles;
- les tâches essentielles de l'emploi envisagé, en vue de la conception, de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un plan de RP.

Période d'essai de travail (07-02-10)
Le placement du travailleur pour une certaine période, habituellement de deux mois ou moins, est la méthode par excellence pour évaluer la capacité de celui-ci d'effectuer un travail déterminé. Il offre à toutes les parties intéressées l'occasion d'observer entre autres comment le travailleur se prépare au travail, accomplit le travail, se débrouille dans le milieu du travail et s'entend avec ses collègues de travail.

Évaluation des capacités fonctionnelles (ECF) (07-02-06)
Mesure les capacités et les restrictions du travailleur en fonction d'un objectif professionnel précis et servant de guide dans le choix d'une profession appropriée.

Évaluation professionnelle (07-02-06)
Série d'examen et de tests d'exécution servant à préciser la capacité d'apprentissage d'une personne son degré de scolarité, ses intérêts et ses aptitudes.

Étape 2 - Préparation à l'emploi

Programme d'affectation temporaire (PAT) (07-03-02)
Conçu pour aider les travailleurs à s'ajuster au travail et à retrouver ou apprendre les compétences nécessaires à l'accomplissement du travail, (utilisation d'outils, d'équipement et de méthodes de travail). En règle générale, le programme ne dure pas plus de quatre mois.

Programme de placement particulier (07-03-10)
Destiné aux travailleurs atteints de déficience permanente et qui (1) ne sont pas en mesure de retourner à l'emploi d'avant la lésion ou à un emploi approprié, ou (2) ne sont pas des candidats indiqués pour le programme d'affectation temporaire ou de formation en cours d'emploi, ou (3) ont tenté de retourner travailler en ayant recours à l'un ou l'autre programme, mais sans en avoir bénéficié.

Formation reconnue ou programmes d'études générales (07-03-06)
Visent à compléter la formation du travailleur, ces programmes sont offerts dans des établissements inscrits auprès de la Commission ou approuvés par celle-ci.

Programme des accessoires et appareils (07-03-05)
Vise l'analyse des besoins particuliers des travailleurs atteints de déficience physique et la fourniture de prothèses, dispositifs, autres équipements ou appareils leur permettant d'accomplir des tâches précises.

Modifications domiciliaires (07-03-11)
En vue du travail à la maison. Ces services peuvent être offerts aux travailleurs atteints de déficience totale permanente s'ils sont indiqués du point de vue médical et professionnel. Les modifications peuvent comprendre le fait de :

- fournir l'accès aux lieux ou doit s'accomplir le travail, p. ex. à un atelier ou à un garage;
- élargir les passages, installer des rampes ou des appareils de levage;
- déplacer ou ériger des cloisons;
- réaménager ou installer des salles de toilette.

Modification du travail et du lieu de travail (07-03-04)
Personnalisés en fonction des besoins des travailleurs blessés, les programmes peuvent comprendre le fait de :

- rendre les installations facilement accessibles aux travailleurs blessés, et utilisables par ceux-ci;
- restructurer les emplois et modifier la façon d'accomplir certaines tâches;
- créer des calendriers de travail à temps partiel et des calendriers de travail modifié;
- acquiescer ou modifier de l'équipement, des outils ou d'autres appareils;

Étape 3 - Retour au travail

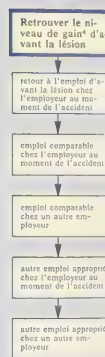
Programme de formation en cours d'emploi (07-03-03)
Vise l'apprentissage de nouvelles compétences. Les parties intéressées déterminent :

- quelles sont les capacités physiques et professionnelles du travailleur;
- quelle période sera requise pour l'apprentissage des compétences professionnelles, jusqu'à concurrence de neuf mois;
- s'il y a lieu de modifier le travail ou le lieu de travail.

Programme de formation à la recherche d'emploi (07-03-08)
Offert aux travailleurs par le personnel de la Commission ou par l'entremise d'organismes communautaires. Il couvre des sujets importants tels que le fait de remplir les formulaires de demande d'emploi, la rédaction des curriculum vitae, la préparation aux entrevues et la discussion des capacités physiques avec l'employeur potentiel.

Aide à la recherche d'emploi (07-03-09)
Offerte aux travailleurs qui sont aptes à l'emploi mais qui ont besoin d'aide individuelle pour trouver un emploi auprès d'un employeur autre que celui d'avant l'accident. L'agent de RP contrôle la recherche d'emploi et documente la participation du travailleur.

Objectif de réadaptation professionnelle



Légende	(Les numéros entre parenthèses (ex. 07-02-02) renvoient à des documents du Manuel des politiques opérationnelles.)
DE ¹	Date d'enregistrement d'une demande d'indemnisation. L'agent d'indemnisation contrôle l'évolution du travailleur en réexaminant le dossier d'indemnisation de ce dernier six semaines après la date d'enregistrement (DE-6), et par la suite à toutes les six semaines jusqu'à la vingt-quatrième semaine (DE-24); il oriente le travailleur dès qu'il possède des renseignements pertinents. Les dossiers peuvent être rouverts dans certaines circonstances (voir 07-04-04).
Fermer le dossier	Entente écrite entre le travailleur, l'employeur, l'agent de RP et le médecin traitant. Elle décrit les activités, les programmes et les échéanciers nécessaires pour atteindre les objectifs de RP (voir 07-02-09). Célèbre bruts au moment de l'accident, y compris les avantages payés par l'employeur, les augmentations entrées en vigueur depuis la lésion, une somme tenant lieu de l'initiation et les augmentations futures que le travailleur aurait touchées n'eût été de sa lésion.
Plan de RP ³	
Niveau des gains ⁴	



Workers' Compensation Board

Commission des accidents du travail

Travailleurs retournant au travail

Les agents de placement aident les travailleurs qui sont aptes à l'emploi et qui ont des compétences en recherche d'emploi à trouver de l'emploi après d'un employeur autre que celui d'avant la lésion.

RP pour les conjoints

survivants

Les conjoints des travailleurs décédés à la suite d'un accident survenu le 2 janvier 1990, ou après cette date, sont admissibles à des services de réadaptation sociale et professionnelle, comme le sont les conjoints des travailleurs qui ont subi une lésion entre le 1^{er} avril 1985 et le 2 janvier 1990, dans la mesure où ces travailleurs sont décédés des suites de leur lésion ou qu'ils auraient touché une pension d'invalidité totale permanente s'ils avaient survécu.

Les agents d'indemnisation orientent les conjoints survivants vers les agents ou les spécialistes de RP. Les agents ou les spécialistes de RP recueillent les renseignements nécessaires sur la situation personnelle, sociale et familiale du conjoint, et son statut professionnel; sa volonté d'entrer sur le marché du travail ou de le réintégrer; ses objectifs professionnels, ses compétences, son expérience de travail et son potentiel.

Reprise en charge

Les agents d'indemnisation revoient les cas aux agents de RP pour la reprise en charge lorsque :

- les services et programmes déjà offerts n'ont pas permis d'atteindre tous les objectifs;
- le travailleur est renvoyé d'un travail temporaire ou modifié, et est toujours atteint d'invalidité partielle temporaire;
- l'employeur a négligé de remplir l'un ou plusieurs des engagements pris dans le cadre du plan de RP;
- la déficience s'aggrave, empêchant le travailleur de retourner à son emploi le plus récent.



Le Bulletin des politiques est maintenant imprimé sur du papier recyclé, exempt d'acide et ce, sans frais supplémentaires.

Le programme de formation en cours d'emploi vise à faire l'ap-
prentissage de nouvelles
compétences. Il est d'une durée
habituelle de neuf mois, selon les
capacités physiques et les précau-
tions médicales du travailleur et les
exigences de l'emploi.

Le programme de formation en cours d'emploi est offert aux travail-
leurs qui ont besoin pour devenir
employables d'une formation pra-
tique et d'une expérience valable ou
encore de nouvelles compétences
professionnelles.

Les employeurs versent aux travail-
leurs au moins 50 pour cent de leur
salaire de départ pendant la durée
du programme. La différence est
versée sous forme d'indemnité aux
termes de l'alinéa 40 (2) a), de
l'article 45a ou de l'article 135.

Le programme de formation à la
recherche d'emploi est offert aux
travailleurs par le personnel de la
Commission ou par l'entremise
d'organismes communautaires. Il
couvre des sujets importants tels
que le fait de remplir les formu-
laire de demande d'emploi, la
rédaction des curriculum vitae, la
préparation aux entrevues et la dis-
cussion des capacités physiques avec
l'employeur potentiel.

L'aide à la recherche d'emploi est
offerte aux travailleurs qui sont
aptes à l'emploi mais qui ont besoin
d'aide individuelle pour trouver un
emploi après d'un employeur autre
que celui d'avant l'accident. L'aide
peut être offerte jusqu'à concou-
rence de six mois, soit pendant une
période suffisamment longue pour
permettre en principe au travailleur
de trouver un emploi.

La Commission prolongera l'aide
d'une période supplémentaire de six
mois si :

- la déficience est telle qu'elle exige une recherche d'emploi de plus longue durée;
- le travailleur est disposé à étendre sa recherche d'emploi en acceptant de changer d'emploi ou de travailler dans un autre emplacement;
- une diminution se produit dans le nombre d'emplois disponibles dans le secteur pour lequel le travailleur est formé.

L'agent de RP contrôle la recherche d'emploi et documente la participa-
tion du travailleur dans l'étape du
retour au travail du plan de RP.
La Commission verse des indem-
nités aux travailleurs qui participent
activement à l'étape du retour au
travail.

1. Comprend les gains bruts au moment de l'accident, les avantages payés par l'employeur, augmentations entrées en vigueur depuis la lésion, une somme tenant lieu de l'inflation et les augmentations futures que le travailleur aurait touchées n'été de sa lésion.

**2. La Commission utilise les Div-
tives pour l'évaluation des be-
soins en matière d'adaptation
des personnes handicapées de
la Commission des droits de la
sonne de l'Ontario pour dé-
miner dans quelle mesure l'a-
daptation entraînerait des diffi-
cultés.** □

Veillez adresser vos questions ou commentaires à :

Rédactrice
Bulletin des politiques
Commission des opérations
22^e étage
2, rue Bloor Est
Toronto (Ontario)
M4W 3C3

Production :
Services graphiques
Communications

requises sur le plan de l'utilisation des outils, de l'équipement et des méthodes pour l'accomplissement d'un travail approprié, l'agent de réadaptation professionnelle peut discuter d'un programme de formation en cours d'emploi. En règle générale, cette mesure n'est pas nécessaire.

Le programme de placement particulier est destiné aux travailleurs atteints de déficience permanente et qui (1) ne sont pas en mesure de retourner à l'emploi d'avant la lésion ou à un emploi approprié, ou (2) ne sont pas des candidats indiqués pour le programme d'affectation temporaire ou de formation en cours d'emploi, ou (3) ont tenté de retourner travailler en ayant recours à l'un ou l'autre programme, mais sans en avoir bénéficié.

Les placements particuliers, qui peuvent durer jusqu'à un an, se font par l'entremise des agents de RP ou des organismes de RP dans le cadre des activités de placement. Certaines conditions doivent être satisfaites :

(1) L'agent de RP doit veiller à ce qu'un superviseur (ou un remplaçant) soit désigné sur le lieu de travail pour offrir au travailleur des directives, une formation et une évaluation.

(2) Pour effectuer les évaluations, le superviseur doit être au courant des capacités physiques du travailleur, mais pour obtenir de tels renseignements, il doit tout d'abord obtenir le consentement du travailleur. (3) Le travailleur et l'agent de RP doivent convenir des normes de rendement qui serviront à l'évaluation.

La Commission verse des indemnités aux travailleurs participant à ces programmes.

La formation reconnue ou programmes d'études générales peuvent être offerts en vue de compléter la formation des travailleurs lorsque :

- le placement des travailleurs dans un autre travail approprié n'est pas possible;
- une telle formation permet aux travailleurs d'atteindre des objectifs professionnels précis;
- les tests professionnels indiquent que le travailleur possède l'intérêt, l'aptitude et la capacité de terminer le programme, et que les possibilités d'emploi existent, ou qu'il est raisonnable de prévoir qu'elles existeront, dans le secteur choisi.

Ces programmes sont offerts dans des établissements inscrits auprès de la Commission et approuvés par celle-ci ou dans d'autres établissements de formation autorisés en Ontario. Toutefois, si de tels programmes ne sont pas offerts en Ontario, la Commission peut autoriser la participation des travailleurs à des programmes offerts dans d'autres provinces ou aux E.-U. Aucune durée n'est fixée pour les programmes de formation reconnue, si ce n'est qu'elle doit être convenable et permettre aux travailleurs d'atteindre, dans la mesure du possible, l'objectif professionnel fixé.

Les programmes de modification du travail et du lieu de travail sont personnalisés en fonction des besoins des travailleurs blessés. Même si les modifications sont, en vertu de la Loi, la responsabilité des employeurs au moment de l'adoption, la Commission offre aux employés des services de consultation et d'assistance technique. La Commission aide financièrement les employeurs qui peuvent subir des difficultés financières excessives en modifiant le lieu de travail; elle fait de même envers les nouveaux employeurs qui s'engagent par écrit à embaucher, de façon permanente, des travailleurs blessés.

Les agents de RP et les analystes du milieu de travail aident les parties intéressées à planifier et à modifier le travail ou le lieu de travail, ou les deux, après qu'une analyse complète visant à assurer la compatibilité entre le travailleur et l'emploi et à garantir la santé et la sécurité du travailleur blessé et de ses collègues de travail a été effectuée. Les modifications peuvent comprendre le fait de :

- rendre les installations facilement accessibles aux travailleurs blessés et utilisables par ceux-ci;
- restructurer les emplois et modifier la façon d'accomplir certaines tâches;
- créer des calendriers de travail à temps partiel et des calendriers de travail modifiés;
- acquérir ou modifier de l'équipement, des outils ou d'autres appareils;
- fournir des adjoints et du personnel de soutien.

Les employeurs sont chargés de l'entretien et de la réparation de l'équipement. Les modifications non à demeure, financées par la Commission, appartiennent à cette dernière; elles sont retirées lors du départ des travailleurs.

Des modifications domiciliaires en vue du travail à la maison peuvent être autorisées dans le cas des travailleurs atteints de déficience totale permanente si elles sont indiquées du point de vue médical et professionnel et que toutes les autres possibilités d'emploi ont été essayées. Les modifications, qui doivent être jugées nécessaires, peuvent comprendre le fait de :

- fournir l'accès aux lieux où doit s'accomplir le travail, p. ex. à un atelier ou à un garage;
- élargir les portes, installer des rampes ou des appareils de levage;
- déplacer ou ériger des cloisons; réaménager ou installer des salles de toilette.

Les modifications se font à la résidence principale seulement. L'agent de RP aide à obtenir l'autorisation écrite du propriétaire. Si la résidence appartient au travailleur et qu'il ne soit pas possible d'y apporter des modifications, il faut en visiter la possibilité d'un ajout. Si l'ajout est jugé non pratique, la somme équivalente peut être affectée à l'achat d'une autre résidence.

Le programme des accessoires et appareils comprend l'analyse des besoins particuliers des travailleurs atteints de déficience physique et la fourniture de prothèses, dispositifs, autres équipements ou appareils leur permettant d'accomplir des tâches précises.

En vertu du *Code des droits de la personne* et de la Loi, il incombe aux employeurs de fournir de tels accessoires et appareils. Toutefois, comme c'est le cas pour les modifications du lieu de travail, la Commission paiera le coût des accessoires et appareils si l'employeur n'a pas les moyens de les payer (2) ou si le travailleur atteint de déficience est embauché par un nouvel employeur.

ÉTAPE 3

Retour au travail

Cette étape porte sur le placement du travailleur. L'objectif est d'aider les travailleurs à trouver un emploi en leur offrant l'orientation et la formation en recherche d'emploi.

Les résultats, notés par l'agent de réadaptation professionnelle, forment la base du plan de RP. Ce plan énonce les objectifs de RP, les activités, les programmes et les échéanciers nécessaires pour permettre au travailleur de retrouver un niveau de gain identique à celui qu'il avait avant sa lésion, ou qui s'y rapproche le plus possible. Le plan de RP peut être modifié s'il n'y a pas de travail dans le secteur d'emploi choisi pour atteindre le niveau de gain ou si l'objectif professionnel n'est plus convenable.

ETAPE 2

Préparation à l'emploi

Les programmes de préparation à l'emploi sont adaptés aux exigences particulières des travailleurs qui ne sont pas capables de retourner à l'emploi d'avant la lésion.

Pour aider les employeurs éventuels de travailleurs atteints de déficience, la Commission offre des services d'assistance technique et de consultation par l'entremise d'analystes du milieu de travail ou d'ergonomes. Une aide financière est offerte aux nouveaux employeurs qui embauchent des travailleurs blessés, comme c'est le cas pour les employeurs au moment de l'accident qui, sans cette aide, subiraient des difficultés financières excessives.

(2)

Remarque : La participation à de tels programmes ne doit pas représenter un risque pour la santé ou la sécurité des travailleurs blessés ou de leurs collègues.

Le programme d'affectation temporaire (PAT) est particulièrement conçu pour aider les travailleurs à s'ajuster au travail afin qu'ils puissent graduellement améliorer leurs capacités physiques et accroître leurs tolérances. En règle générale, le programme ne dure pas plus de quatre mois. Si les employeurs ont conçu leur propre programme de travail modifié, la Commission considère ce programme comme l'équivalent du PAT ou de la période d'essai de travail (étape 1).

Le PAT n'est offert que si un emploi précis est disponible. Il peut s'agir de l'emploi d'avant la lésion, avec modifications, d'un autre emploi modifié, ou d'un autre emploi approprié modifié. Si le travailleur et l'employeur conviennent, une fois le PAT terminé, que des compétences et des connaissances supplémentaires sont

L'essai de travail est envisagé lors-

- un emploi précis, avec description des tâches, est disponible;
- il est nécessaire de déterminer si le travailleur est physiquement en mesure d'accomplir les tâches essentielles de l'emploi;
- l'essai de travail envisagé ne nuira vraisemblablement pas au travailleur, compte tenu des précautions d'ordre médical.

En règle générale, la période d'essai de travail prend fin lorsque le travailleur est embauché par l'employeur. Pendant la durée de cette période, la Commission verse des indemnités au travailleur.

Une évaluation des capacités fonctionnelles (ECF), série d'examen servant à mesurer les capacités et les restrictions du travailleur en fonction d'un objectif professionnel précis et servant de guide dans le choix d'une profession appropriée. Une évaluation professionnelle, série d'examen et de tests d'écécution servant à préciser la capacité d'apprentissage d'une personne, son degré de scolarité, ses intérêts et ses aptitudes.

L'orientation en réadaptation sociale est offerte au travailleur qui, en raison de sa lésion, a subi une «perturbation marquée de la vie» (c.-à-d. une perturbation de sa vie sociale, professionnelle et familiale) et qui a besoin d'une telle orientation. L'objet de cette orientation est de réduire les effets négatifs possibles d'une déficience sur la vie familiale et sociale du travailleur, effets qui se répèrent en dernière analyse sur la capacité d'un travailleur de participer à la réadaptation professionnelle et de retourner travailler.

Le travailleur découragé ou qui semble manquer de motivation en raison d'une lésion est dirigé vers l'orientation si l'agent de réadaptation professionnelle estime qu'il est capable de prendre part à l'élaboration d'un plan de RP, ou encore d'y participer ou de le mener à terme.

L'engagement à un plan de RP

Les parties intéressées, en comprenant les besoins du travailleur aux programmes et services disponibles à l'étape 2 (et à l'étape 3, au besoin), parviennent à un consensus et négocient les conditions du service ou du programme appropriés, ou des deux.

- déterminer les objectifs de RP qui permettront au travailleur de retrouver un niveau de gain se rapprochant le plus possible de celui qu'il avait avant sa lésion;
- établir quels services et programmes de RP sont requis pour atteindre cet objectif;
- élaborer un plan pour atteindre cet objectif, et s'engager face à ce plan.

Evaluation générale de RP

L'évaluation générale de RP (EGRP) constitue le premier stade dans la détermination des besoins du travailleur. Il s'agit d'une cuelle de renseignements faite par l'agent de réadaptation professionnelle en collaboration avec le travailleur blessé, l'employeur et le médecin traitant (toutes les parties intéressées).

Les renseignements recueillis portent notamment sur

- les précautions d'ordre médical;
- le pronostic de rétablissement, en fonction de l'information disponible;
- les obstacles à une reprise réussie du travail;
- les états pathologiques non reliés au travail;
- les capacités physiques et professionnelles;
- les tâches essentielles de l'emploi envisagé.

L'EGRP conduit à la conception, l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de RP, soit une entente écrite entre le travailleur et toutes les parties intéressées.

Si l'EGRP ne permet pas de déterminer les capacités du travailleur et les besoins de RP, et d'élaborer et de mettre en œuvre un plan de RP, les parties intéressées peuvent de mander les évaluations particulières suivantes qui peuvent être effectuées par des organismes externes ;

Une période d'essai de travail, soit le placement du travailleur auprès d'un employeur pour une certaine période, habituellement de deux mois ou moins. L'essai de travail est la méthode par excellence pour évaluer les aptitudes et les compétences du travailleur, ainsi que sa capacité d'effectuer un travail déterminé. Il offre à toutes les parties intéressées l'occasion d'observer entre autres comment le travailleur se prépare au travail, accomplit le travail, se débrouille dans le milieu de travail et s'entend avec ses collègues.



Survivance de la réadaptation professionnelle

Les programmes et services de réadaptation professionnelle (RP) de la Commission reposent sur les principes voulant que l'intervention rapide, la collaboration et l'engagement de toutes les parties intéressées sont essentiels à l'atteinte de l'objectif de RP; les services et programmes de RP doivent être accessibles, opportuns, intensifs et orientés vers un objectif; et la prestation des services de réadaptation professionnelle doit être distincte de celle des services d'indemnisation.

L'objectif de RP, dans chacun des cas, est de minimiser les effets d'une lésion ou d'une maladie reliées au travail en aidant le travailleur blessé à retrouver un niveau de gain (1) comparable à celui qu'il aurait pu atteindre n'eût été de la lésion.

L'objectif visé est donc d'aider le travailleur à atteindre, dans la mesure du possible, l'un des buts suivants :

- retourner à l'emploi d'avant la lésion chez l'employeur au moment de l'accident, ou
- retourner travailler chez l'employeur en occupant un autre emploi comparable à l'emploi d'avant l'accident, ou
- retourner travailler chez un autre employeur en occupant un autre emploi approprié, ou
- retourner travailler chez un autre employeur occupant un autre emploi approprié.

La première étape, c'est l'orientation vers la réadaptation professionnelle (voir schéma) par les agents d'indemnisation, de tous les travailleurs qui ne sont pas retournés (et qui probablement ne retourneront pas) à l'emploi d'avant la lésion ou à un autre emploi de nature comparable et qui ne bénéficient d'aucun service ou programme de RP.

Toutefois, lorsque les travailleurs ne requièrent qu'un travail modifié de courte durée (de quatre à six semaines) avant de reprendre l'emploi

d'avant la lésion, l'agent d'indemnisation prend toutes les dispositions nécessaires directement auprès de l'employeur au moment de l'accident.

Orientation rapide

En vertu du paragraphe 54a (2), la Commission doit communiquer avec le travailleur blessé dans les 45 jours qui suivent le dépôt d'un avis d'accident afin de déterminer les besoins de réadaptation professionnelle.

L'avis peut être le formulaire 6, *Avis d'accident ou de maladie (travailleur)* ou tout avis écrit de la part du travailleur comme il est dit à l'article 20.

À toutes fins utiles, la Commission a comme politique d'utiliser la date d'enregistrement (DE) de la demande d'indemnisation comme date de référence. L'enregistrement d'une demande d'indemnisation se produit dès la réception d'un avis d'accident; formulaire 6 du travailleur, formulaire 7 de l'employeur ou formulaire 8 du médecin. Cette mesure vient faciliter les choses aux travailleurs qui ne sont pas en mesure de soumettre un avis d'accident tel qu'il est prescrit.

Ainsi, les agents d'indemnisation identifient le plus tôt possible dans le processus d'indemnisation les travailleurs qui, même s'ils reçoivent les meilleurs services de réadaptation médicale possibles, ne reprendront pas leur emploi d'avant la lésion, et ils les orientent vers des agents de RP.

Lorsqu'il est trop tôt pour déterminer si le travailleur reprendra son emploi d'avant la lésion (c.-à-d. lorsque l'étendue de la lésion n'est pas apparente), l'agent d'indemnisation contrôle l'évolution du travailleur en réexaminant le dossier d'indemnisation de ce dernier six semaines après la date d'enregistrement (DE-6), et par la suite à toutes les six semaines jusqu'à la vingt-quatrième semaine (DE-24); il oriente le travailleur vers la RP dès qu'il possède des renseignements pertinents.

Si, à la vingt-quatrième semaine, le travailleur n'est toujours pas retourné travailler, celui-ci est

automatiquement orienté vers une évaluation de RP. Ainsi se trouve satisfaite l'obligation législative contenue dans l'alinéa 54a (5) a) selon laquelle il faut offrir une évaluation concernant la réadaptation professionnelle à tout travailleur qui dans les six mois qui suivent le dépôt de l'avis d'accident n'est pas retourné à l'emploi qu'il occupait avant la lésion ou à un autre emploi de nature comparable.

Les demandes d'indemnisation en cas d'invalidité totale temporaire (article 40) qui ne sont pas traitées dans les 42 jours (DE-6) suivant la date d'enregistrement sont transmises aux agents de RP dès qu'une décision favorable est prise.

Prise en charge

L'agent ouvre le volet de réadaptation professionnelle lorsqu'il estime que le travailleur a besoin de services, ou de programmes de RP, ou des deux, dans la mesure où :

- de tels services ou programmes permettront au travailleur de retrouver un niveau de gain se rapprochant le plus possible de celui qu'il avait avant la lésion;
- la Commission détermine que l'employeur au moment de l'accident a manqué à son obligation de rengager le travailleur (article 54);
- l'agent de réadaptation professionnelle offre une évaluation générale de RP.

Il faut, au préalable, que le travailleur soit disponible pour de tels services ou programmes et soit capable d'y participer.

Si l'agent de RP estime que le travailleur n'a pas besoin des services de RP, le volet est fermé.

ÉTAPE 1

Évaluation pré-professionnelle

Les objectifs visés au cours de cette étape sont les suivants :

- évaluer les capacités d'emploi postérieures à la lésion du travailleur;



POLICY REPORT

September 1991

Vol. 4 No. 5

Compensation For Non-Economic Loss (NEL)

The effects of work injuries or diseases may be both serious and permanent. Permanent "impairment" is the term used in the *Act* to describe the effects of an injury or a disease which continue permanently. NEL is the word (acronym of Non-Economic Loss) used to describe the benefits that workers have a right to when the effects of their permanent impairments interfere with their ability to enjoy the same life-style they had before their accidents.

Depending on the amount of the NEL benefit, workers may have a right to choose to receive the benefit as a monthly payment or as a lump sum.

By law, for the WCB to find out if workers are eligible to get NEL compensation and, if so, how much, workers are required to have a medical assessment.

The entire process, from examination through to calculation of the NEL benefit, may take up to 6 months to complete, depending on the appointment calendars of the doctors involved. But the WCB keeps workers informed of every step in the process so they can follow the various stages and review their rights.

Initial Medical Assessment

Before workers can be assessed for a permanent impairment, they must have reached "maximum medical rehabilitation" (MMR).

MMR is the point when a worker has recovered to such a degree that there will be no more significant improvements. At this stage it can be determined if there is a permanent impairment. If there is, workers undergo a medical assessment by an independent and specially trained doctor to determine the degree of permanent impairment.

To workers, the WCB gives a list of doctors who have clinical experience with their type of injury or disease, and, if possible, who practice in their geographic area. [The list of doctors is derived from the WCB's medical *roster*. Thus, the doctors on the lists are commonly referred to as "roster doctors" to distinguish them from workers' doctors, for example.]

Within 35 days from the date the list of *roster doctors* is sent to them, workers must choose one doctor to do

the examination and they must inform the WCB of their choice. If for some reason a worker decides not to choose a doctor or does not make a choice within the 35 day time period, the law requires the Board to appoint a *roster doctor*.

When the worker tells the WCB which doctor has been chosen, the WCB makes the appointment for the worker and sends the worker a letter giving all necessary information: address, appointment date and time; travel and accommodation instructions; and how to claim for expenses and lost wages.

If workers have suffered a permanent impairment, they have a right to NEL compensation (s.45).

- If workers must travel outside their geographic area to attend appointments with *roster doctors* and public transportation is required and available, the WCB issues Transportation Warrants to the workers. The worker exchanges the warrant for a ticket to travel by air, bus, or rail.
- If workers decide to use their own vehicles to attend their medical assessment appointments, the WCB pays a flat rate per kilometre travelled.
- Workers write to their decision-makers indicating the distance travelled, and send along any associated receipts (e.g., parking, meal, etc.). The WCB returns a cheque to the worker for the amount owing.

• If a hotel is required, the WCB makes the reservation and gives all the necessary information to the worker. The Board is billed directly by the hotel.

• If workers are required to take an unpaid day off work for the assessment, they can make a claim for lost wages.

Information Given to Roster Doctors

Before the date of the appointment, the WCB provides the worker's *roster doctor* with all the medical information in the worker's file.

Information on the Assessment Report

The *roster doctor* examines the worker and reports the worker's current condition and the probable future consequences of the injury.

(cont'd on page 2)

The medical assessment is a critical report. It is used for determining NEL benefits.

Compensation for NEL (cont'd from page 1)

Who Gets the Assessment Report

Promptly after workers are examined, the *roster doctors* send the medical assessment reports to the WCB. The WCB, by law, must then send one copy of the assessment report to the worker and one to the accident employer.

A Second Assessment

Workers have a right to request a second opinion as to the nature and extent of their permanent impairments, and they are not required to give a reason for asking for that second opinion. Likewise, the employers of the workers, and the WCB, can also require workers to take a second medical assessment. The law requires the party requesting a second assessment to do so within 45 days from the date the medical assessment report is mailed to them by the WCB.

If a second medical assessment is needed, the WCB gives both workers and their employers another list of at least 3 *roster doctors* who have clinical expertise with the worker's particular type of injury or disease. If it is not possible to identify 3 doctors with this expertise, the WCB appoints a doctor to conduct the second medical assessment.

In the case of a second medical assessment, workers and their employers must agree on which *roster doctor* will do the exam, and send their choice to the Board within 35 days of receiving the list.

Once again, as in the case of the initial medical assessment:

- The WCB appoints a doctor if the worker and the employer fail to agree.
- The WCB sets up workers' appointments and notifies them as to time and date; pays expenses if travel outside the workers' geographic area is needed; compensates workers for lost wages if time must be taken off work without pay.
- The WCB is required by law to send a copy of the second medical assessment to the worker and to the accident employer.

Example:

Stella was 30 years old when she injured her back. The base amount of her NEL benefit is calculated by taking \$45,000 and adding \$1,000 for each year she is under the age of 45 years, i.e., \$15,000. So, the **base amount** is \$45,000 plus \$15,000 for a total of \$60,000. Because Stella suffered a **30% permanent impairment**, her NEL benefit is \$18,000.

$$(\$45,000 + \$15,000) \times 30\% = \$18,000$$

Calculating NEL Benefits

WCB medical experts determine the degree of permanent impairment based on the information contained in the medical assessment report. The calculation is done as soon as possible after expiry of the 45 day waiting period for requesting a second opinion. If a second medical examination is requested, the WCB must wait for the second report before it can determine the degree of the impairment. The Board uses only the second medical assessment to calculate the NEL benefit.

The degree of permanent impairment is expressed as a percentage. The larger the percentage, the more

severe the impairment. For example, a person who is paralyzed from the neck down may be assessed as having a 95% permanent impairment of the whole body, while a person who has lost the use of a small finger may be assessed as having a 1% permanent impairment of the whole body. The WCB is required to use a standard

rating schedule¹ to calculate this percentage.

The method of calculating NEL benefits is described in s.45(2) of the *Act*. It works like this:

NEL base amount X % of perm. impair. = NEL benefit

The *Act* states the base amount² to be **\$45,000**

plus \$1,000 for each year the worker is under the age of 45 at the time of the accident

OR

minus \$1,000 for each year the worker is over the age of 45 at the time of the accident.

The maximum amount that can be added or subtracted is \$20,000.

Once the base amount is calculated, the WCB multiplies it by the percentage of permanent impairment (determined from the rating schedule) to arrive at the NEL benefit the worker will receive.

Example:

Sid was 66 years old at the time of his work-related spinal injury. It left him with an **80% permanent impairment**. The **NEL base amount** is \$25,000, taking into account the maximum age adjustment of \$20,000. Then, multiplying the 80% impairment rate times \$25,000, his NEL benefit is \$20,000.

$$(\$45,000 - \$20,000) \times 80\% = \$20,000$$

Payment Options

When the NEL benefits are calculated, the WCB sends the workers letters advising them of the degree of their permanent impairments and the NEL benefits they are due. Depending on the size of the benefit, a worker has the right to decide how it is paid. If the benefit is \$10,000 or less, the WCB sends a cheque for the total amount. If the benefit is more than \$10,000, the WCB pays the benefit on a monthly basis for life. Workers do have the right, however, to ask for the total NEL benefit as a lump sum payment.

In any case, workers should receive payment the month after they have been notified of the rating and the NEL benefit they are entitled to receive.

Appeals and Objections

If, for any reason, workers or their employers are dissatisfied with the WCB's decision as to the permanent impairment rating, or the calculation of the benefit, they have the right to object.

If an objection is made, the WCB assigns a senior medical adjudicator to examine the worker's file. This adjudicator ensures that all WCB procedures were properly followed and all evidence in the file was appropriately considered. If an error was made, the adjudicator re-assesses the NEL benefit, and reports to the worker and the employer as soon as possible. If the adjudicator decides there was no error, both the worker and the employer are advised in writing of the findings. They are also informed of their right to seek a "hearing" before a WCB Hearings Officer.

Although proceedings are informal at a hearing, workers and employers have the right to representation by a lawyer or other agent if they wish. Workers or employers may present evidence as to the reasons they believe the WCB has made a mistake. The Hearings Officer is required to consider all the evidence and

make a decision to either uphold the original decision or change it.

If workers or employers do not agree with the Hearings Officer's decision, they have a right to appeal to the independent Workers' Compensation Appeals Tribunal (WCAT). There is no right to appeal a WCAT decision. These decisions are final and binding on the WCB.

Deteriorations

Doctors may not always be able to predict the long-term impact of the injury or disease. With some types of permanent impairments, the effect of the work injury or disease on a worker's life may worsen over time in unexpected ways. If their permanent impairments are getting worse, and if this was not expected or indicated in the first assessment(s), workers need to notify the Board, in writing, so that the rating can be recalculated. The law states, however, that workers must wait one year from their last WCB arranged medical assessment before they can apply for a redetermination of the permanent impairment.

Section 45(21)(b) of the Act states that the WCB recalculates the permanent impairment rating, and therefore the NEL and FEL benefits, "if the worker has suffered a significant deterioration of condition that was not anticipated at the time of the most recent medical assessment..."

The WCB arranges an additional independent medical assessment to determine the extent of the permanent impairment. The procedure for this medical assessment is identical to the procedure for the initial or the second assessment.

NOTES

- 1: By law, the Board must use the American Medical Association Guides to the Evaluation of Permanent Impairment (third edition revised).

The results of a research project for a new rating schedule are being considered by a bipartite working committee on Bill 162 Policies/Regulations. The WCB board of directors will consider the issue before the end of 1991.

- 2: \$45,000 was the 1990 figure. This amount is indexed annually, as are all \$ amounts stated in the Act. We use the \$45,000 figure here for simplicity. □

Example:

Maria was 53 years old at the time of her injury - 8 years over the 45 year old mark. The base amount of her benefit is calculated as \$37,000 (\$45,000 - \$8,000). From the medical assessment report and the rating schedule, the WCB determined Maria had a 10% permanent impairment. Thus, her NEL benefit is \$3,700.

$$(\$45,000 - \$8,000) \times 10\% = \$3,700$$

Example:

Juan was 23 years old when he suffered an injury which resulted in a 15% permanent impairment. This made him 22 years under age 45 but the law states the maximum age adjustment which can be added, or subtracted, is \$20,000. Therefore, Juan's base amount is \$65,000 (\$45,000 + \$20,000). Left with a 15% permanent impairment, Juan's NEL benefit is \$9,750.

$$(\$45,000 + \$20,000) \times 15\% = \$9,750$$

Compensation For Future Economic Loss (FEL)

Just as permanently impaired workers have a right to benefits for non-economic loss, they also have a right to benefits that compensate them for any **future economic loss** of earnings they might have as a direct result of their work-related injuries or diseases. The benefit is known by its acronym, **FEL**.

The FEL benefit exists for permanently impaired workers who are physically unable to work in their pre-injury jobs and, even though they are still capable of work and willing to work, may never earn the same amount of money they earned prior to their injuries. If their impairments cause them to have a loss of earnings capacity or an economic loss in the future, workers are eligible for a FEL benefit.

Attempts to return to work for short periods (less than one calendar month) are not considered breaks in the 12 continuous month period.

Eligibility for FEL compensation occurs

- 1) as soon as the Board determines that a worker has a permanent impairment
- OR
- 2) if the worker is temporarily disabled for 12 continuous months.¹

When FEL Benefits Are Calculated

Whenever possible, the Board is required, by law, to make the initial calculation or determination of the FEL benefit

- a) in the 12th consecutive month during which the worker is temporarily disabled
- b) within one year from the date the Board receives notice of the accident, if the Board determines that the worker is permanently impaired
- c) within 18 months of notice of the accident, if the worker's medical condition makes a determination in (a) or (b) above impossible.

These time limits do not apply in cases where the worker is not receiving compensation benefits because the entitlement to workers' compensation is in dispute.

Calculating the FEL

The Board calculates the FEL benefit in accordance with s.45a(3) of the *Act*. First, the worker's pre-injury earnings are established from the information on file. Then, the Board must establish what the worker is "likely to earn in suitable and available employment" after the injury. The calculations must be projected to age 65.

To determine what the worker is likely to earn in suitable and available employment, s.45a(7) of the *Act* requires that the Board consider:

- a) the injured worker's net average earnings² from employment
- b) other disability payments the worker receives for the injury from the Canada or Quebec Pension Plans
- c) the injured worker's personal and vocational characteristics
- d) the worker's prospects for successful medical and vocational rehabilitation
- e) what constitutes suitable and available employment for the worker.

When establishing its criteria for what is "suitable and available

employment" for a worker, the Board is also directed by law [s.69(1b)] to consider

- a) the fitness of the worker to perform the work
- b) the health and safety consequences to the worker at the place of employment, given the worker's physical impairment
- c) the existence and location of potential employment opportunities for the worker in the labour market, and
- d) the likelihood of the worker securing employment.

If the worker has not returned to work, these factors are considered as part of the worker's vocational

Example:

John earned \$2,000 net² per month before the injury. It is established that he is likely to earn \$1,100 net, after the injury, in suitable and available employment. This means he will have a loss of income of \$900 net per month. Thus, John is entitled to receive a FEL benefit of \$810 (90% of \$900) per month.

Pre-injury net average earnings	-	post-injury net average earnings	=	Loss x 90% = FEL
\$2,000	-	\$1,100	=	\$900 x 90% = \$810

rehabilitation (VR)³ plan, which is developed by the worker, the employer, and the WCB caseworker. The FEL benefit is based, therefore, on the projected wages for the vocational objective in the plan. For workers who have returned to work, their FEL benefits will reflect the amounts they are earning unless there is reason to believe that the work they have returned to can't be sustained.

If the Board establishes that there is a loss of income due to the impairment, the worker is eligible for a FEL benefit equal to 90% of the loss.

The Board pays FEL benefits monthly. Workers are entitled to receive their FEL benefits – subject to review – until age 65 when they become eligible for retirement benefits.

Like NEL, FEL benefits are indexed to the rate of inflation as measured by yearly changes in the consumer price index.

FEL Benefits Reviewed

Projecting the future loss of earnings that a worker will experience to age 65 involves a detailed and complex process. In addition to requiring the Board to calculate the future economic loss within 12 months from the date of the work-related injury, s.45a of the *Act* requires the Board to review and/or revise its determination of the injured worker's FEL compensation. These review periods occur

- a) in the 24th month after the date of the initial determination
- AND
- b) in the 60th month after the date of the initial determination
- OR, in any case,
- c) within 24 months after a re-consideration of the percentage of permanent impairment.
(See *Deteriorations* in companion NEL article.)

Example:

Sybil earned \$2,500 (net) per month before the injury. After the injury, Sybil's earnings are nil and there is little likelihood, due to her permanent impairment, that she will ever work again. Therefore, the FEL benefit, per month, is \$2,250.

Pre-injury net average earnings	post-injury net average earnings	= Loss x 90%	= FEL
\$2,500	- \$ 0	= \$2,500 x 90%	= \$2,250

If, when reviewed, the worker's post accident earnings have changed, the benefit is recalculated and the revised FEL benefit is paid to the worker. However, if the variance between the newly calculated FEL and the benefit the worker has been receiving is less than 10%, the Board does not adjust the benefit [s.45a(13)].

Commutation of FEL Benefit

After the 60th month review, or after a review to recalculate a permanent impairment, if the worker's FEL benefit is 10% (or less) of the worker's pre-injury net average earnings, the Board automatically calculates what the benefit would be if it were paid as a lump sum (commutation). The Board advises the worker as to what the commuted amount would be. Workers have 8 weeks to decide and let the Board know if they want the commuted sum or if they wish to continue receiving the FEL on a monthly basis until age 65. (During this 8 week period, the FEL is paid by the month.)

Supplements to the FEL Compensation – s.45a(9)

Workers who are co-operating in Board-authorized vocational or medical rehabilitation programs that begin before the 24 month FEL review are each eligible for a supplement to bring them up to 90% of their pre-injury net average earnings.

Workers with recurrences or deteriorations of their injuries will receive supplements as well. Their medical or vocational rehabilitation programs will be considered to be continuations of programs started before the 24 month review.

NOTES

- 1: Twelve Continuous Months - To interrupt the 12 continuous months, the worker must resume full earning capacity for a single period of time of at least one month.
- 2: The Board determines net average earnings by deducting from the gross earnings the probable income tax, Canada Pension Plan premiums, and Unemployment Insurance premiums payable by the worker.
- 3: VR programs and services are described in Policy Report, 4-4 and Tab 7 of the *Operational Policy* manual. □

-POLICY REPORT-

Policy Report is published under the authority and direction of the Operational Policy Branch of the Workers' Compensation Board. If there is any conflict between the statements contained in this publication and the *Workers' Compensation Act* and/or Board approved policy documents, the *Act* or the approved document governs.

Comments or inquiries should be addressed to:

Editor
Policy Report
Operational Policy Branch
Workers' Compensation Board
2 Bloor Street East, 22nd Floor,
Toronto, Ontario, M4W 3C3.

Graphic Production:
Graphics Services,
Communications.

FEL Presumption

When workers haven't returned to their pre-injury employment and they have no earnings, Board decision-makers must presume, when making FEL determinations, that the loss of earnings is a result of the worker's injury or disease – unless it can be shown otherwise. It may be shown that earnings losses are not entirely attributable to the injury when

- suitable employment is offered to the worker and it is declined
- suitable employment is available and the worker is participating in vocational rehabilitation (VR)¹
- the worker is not co-operating in VR.

Suitable Job Offers Declined

Has the worker been offered suitable employment and has the worker declined the offer?

Suitable employment is any job which the worker has the necessary skills to perform, is medically able to perform, and which does not pose a health or safety hazard to the worker or any co-workers. If workers turn down suitable employment, their loss of earnings cannot be said to be the result of their injuries alone. If the loss of earnings is not totally attributable to the injury or disease, the FEL benefit must be adjusted accordingly:

$$\text{pre-injury net avg. earnings} - \text{net avg. earnings of declined job} = \text{Loss X 90\%}$$

If a worker is offered a job while still participating in a VR program, and the offered job does not pursue the VR goal which was agreed upon in the VR plan, the worker is not obligated to take the job for fear of losing the FEL benefit.

Suitable Employment is Available

Is the worker participating in a VR program when the FEL benefit is calculated?

If the answer to this question is yes, it is inferred that suitable employment is available: 1) The Board's VR services and programs provide workers the opportunity of setting individual VR plans to meet their objectives, and 2) integral to each plan is the task of establishing what employment opportunities are suitable and available so that a worker does not embark on a VR goal which is not practicable. Thus, calculations for FEL benefits for workers in VR must take into account the net average earnings associated with the VR goal:

$$\text{pre-injury net avg. earnings} - \text{net avg. earnings assoc. with VR goal} = \text{Loss X 90\%}$$

Non-Cooperation in VR

The purpose of VR programs is to help injured workers re-establish earnings profiles (for the rest of their working lives) as close as possible to that which they would have had but for the injury. Therefore, if workers do not co-operate in their medical or VR programs, their future loss of earnings cannot be fully ascribed to their work injuries.

In such cases, the FEL benefit is calculated as:

$$\text{pre-injury net avg. earnings} - \text{net avg. earnings assoc. with VR goal} = \text{Loss X 90\%}$$

NOTE

1: VR programs and services are described in Policy Report, 4-4 and Tab 7 of the *Operational Policy* manual. □

Consultation in Progress

For all readers interested in the Board's consultation process, *Policy Report* is used as a means of informing you of policy issues for which written submissions from the Board's stakeholders are sought.

If you are interested in receiving a copy of any of these policy papers, you can call the **Consultation Unit** at (416) 926-8689 or write to the Manager, Consultation Unit, Strategic Policy & Analysis Division, 2 Bloor St., East, 28th floor, Toronto, M4W 3C3.

Issue	Submission due date
Employer Compliance with WCB Revenue and Claims Obligations (10 proposals)	• proposals 5-10 September 1, 1991 • proposals 1-4 December 1, 1991

The WCB board of directors recently changed the September 30, 1991 due date for submissions respecting policy proposals "Entitlement in the Ontario Workers' Compensation System" and "Compensation for Disablements Arising from Workplace Stressors."

Public hearings about these proposals will be convened by a committee of the board of directors as follows:

Toronto	October 22, 23, 24, 1991
Ottawa	November 5, 6, 7, 1991
Sudbury	November 19, 20, 21, 1991
Thunder Bay	December 10, 11, 12, 1991
Toronto	January 14, 15, 16, 1992
Hamilton	January 21, 22, 23, 1992
London	February 11, 12, 13, 1992
Windsor	February 25, 26, 27, 1992

Written submissions may now be sent to the Consultation Unit, preferably two weeks prior to the hearing date in your area. □

La présomption de PEF

Dans le cas où le travailleur n'est pas retourné à l'emploi qu'il occupait avant la lésion et qu'il n'a aucun gains, les décideurs de la Commission doivent presumer, lors de la détermination de la PEF, que la perte de gains est occasionnée par la lésion ou la maladie du travailleur, à moins qu'il n'en soit démontré autrement. Les pertes de gains ne sont pas entièrement attribuables à la lésion lorsque :

- le travailleur refuse d'accepter un emploi approprié qui lui est offert;
- un emploi approprié est offert au travailleur et que celui-ci participe à un programme de réadaptation professionnelle (RP) ;
- le travailleur ne participe pas à la RP.

Le refus d'offres d'emploi approprié

A-t-on offert au travailleur un emploi approprié et celui-ci a-t-il refusé l'offre d'emploi? Par emploi approprié, on entend tout travail pour lequel le travailleur a les compétences nécessaires et tout travail qu'il est en mesure, sur le plan médical, d'accomplir et qui ne pose aucun risque de santé ou de sécurité envers le travailleur ou ses collègues. Si un travailleur refuse un emploi approprié, sa perte de gains ne peut être réputée le résultat unique de la lésion. Si la perte de gains n'est pas entièrement attribuable à la lésion ou à la maladie, l'indemnité pour PEF doit alors être rajustée en conséquence :

Gains moyens nets avant la lésion - Gains moyens nets de l'emploi = Perte X 90 %

Si un emploi est offert au travailleur pendant qu'il participe à un programme de RP, et que l'emploi offert ne corresponde pas à l'objectif de RP qui avait été convenu dans le plan de RP, le travailleur n'est pas obligé d'accepter l'emploi de crainte de ne plus recevoir son indemnité pour PEF.

Un emploi approprié est disponible

Le travailleur participe-t-il à un programme de RP au moment du calcul de l'indemnité pour PEF? Dans l'affirmative, on peut déduire qu'un emploi approprié est disponible. Les programmes et services de RP de la Commission permettent au travailleur d'élaborer des plans de RP personnalisés qui satisfont à leurs objectifs. L'établissement de possibilités d'emplois appropriés et disponibles est une des tâches que le travailleur ne se fixe pas un objectif de RP qui soit irréalisable. Par conséquent, le calcul de l'indemnité pour PEF du travailleur qui participe à la RP doit tenir compte des gains moyens nets reliés à l'objectif de RP :

Gains moyens nets avant la lésion - Gains moyens nets reliés à l'objectif de RP = Perte X 90 %

Consultation en cours

REMARQUE
1. Les services et programmes de RP sont décrits dans le Manuel des politiques, vol. 4, n° 4, et à la section 7 du Bulletin des politiques les renseignements qu'ils

Gains moyens nets avant la lésion - Gains moyens nets reliés à l'objectif de RP = Perte X 90 %

La non-participation à la RP
Les programmes de RP ont pour but d'aider le travailleur blessé à retrouver un niveau de gains (et ce, pour la durée de sa vie professionnelle) se rapprochant le plus possible de celui qu'il aurait pu atteindre n'eût été de la lésion. Par conséquent, si le travailleur ne participe pas aux programmes de réadaptation médicale et professionnelle qui lui sont offerts, sa perte de gains future ne peut être complètement attribuée à la lésion qu'il a subie au travail.

Les lecteurs qui s'intéressent au processus de consultation de la Commission peuvent trouver dans le *Bulletin des politiques* les renseignements sur lesquelles désirent quant aux questions de politique sur lesquelles la Commission entend solliciter des observations. Si vous désirez obtenir un exemplaire des énoncés de consultations au (416) 926-8689 ou écrire au chef du service des consultations, Division de la politique générale et des services d'analyse, 2, rue Bloor Est, 28^e étage, Toronto M4W 3C3.

Question à l'étude

- Conformité des employeurs aux obligations de la CAT en matière de revenu et d'indemnisation (10 propositions)
- propositions 5-10
- propositions 1-4
- 1^{er} septembre 1991
- 1^{er} décembre 1991

Le conseil d'administration de la CAT a récemment reporté la date limite (qui était le 30 septembre 1991) pour la réception des observations sur les énoncés de politique «Admissibilité dans le cadre du régime d'indemnisation des travailleurs de l'Ontario» et «Indemnisation des travailleurs souffrant d'incapacités reliées à des facteurs de stress au travail». Les audiences publiques seront convoquées par un comité du conseil d'administration selon l'horaire suivant :

Toronto	22, 23 et 24 octobre 1991
Ottawa	5, 6 et 7 novembre 1991
Sudbury	19, 20 et 21 novembre 1991
Thunder Bay	10, 11 et 12 décembre 1991
Toronto	14, 15 et 16 janvier 1992
Hamilton	21, 22 et 23 janvier 1992
London	11, 12 et 13 février 1992
Windsor	25, 26 et 27 février 1992

La Commission vous invite à faire parvenir vos observations écrites au Service des consultations, de préférence deux semaines avant la date de l'audience tenue dans votre région. □

L'indemnité pour PEF (suite de la page 4)

L'employeur et l'agent de réadaptation professionnelle des gains précisée dans l'objectif professionnel du plan. En ce qui concerne les travailleurs qui sont retournés travailler, l'indemnité pour PEF tiendra compte du salaire qu'ils gagnent, à moins qu'il n'y ait raison de croire qu'ils ne pourront poursuivre le travail qu'ils effectuent.

Si la Commission établit que le travailleur a subi une perte de revenu en raison de sa déficience, le travailleur est admissible à une indemnité pour PEF égale à 90 % de la perte.

La Commission verse mensuellement l'indemnité pour PEF. Les travailleurs sont admissibles à une indemnité pour PEF, soumise à une révision, jusqu'à l'âge de 65 ans, moment où ils deviennent admissibles à des prestations de retraite.

Tout comme la PNE, l'indemnité pour la PEF est rajustée en fonction du taux d'inflation établi suivant les fluctuations annuelles dans l'indice des prix à la consommation.

La révision du montant de l'indemnité pour PEF

La projection de la perte de gains future que subira un travailleur jusqu'à l'âge de 65 ans fait appel à un processus complexe et détaillé. En plus du calcul de la perte économique future que doit faire la Commission dans les douze mois suivant la lésion, l'article 45a de la Loi exige aussi que la Commission procède à la révision ou à la nouvelle détermination de l'indemnité pour PEF du travailleur. Ces périodes de révision ont lieu

a) au cours du vingt-quatrième mois qui suit la date de la détermination initiale;

ET

b) au cours du soixantième mois qui suit la date de la détermination initiale;

OU, dans tous les cas,

c) dans les vingt-quatre mois après une réévaluation du pourcentage de déficience permanente. (Voir la rubrique intitulée *Les détériorations* dans l'article sur la PNE.)

Exemple :

Louise touchait 2 500 \$ nets par mois avant la lésion. Après la lésion, elle n'a pas de gains, et il est peu vraisemblable qu'elle reprenne le travail en raison d'une déficience permanente. Son indemnité pour PEF s'élève donc à 2 250 \$.

Gains moyens nets avant la lésion - Gains moyens nets après la lésion = Perte X 90 % = PEF

2 500 \$ - 0 \$ = 2 500 \$ X 90 % = 2 250 \$

Les suppléments de l'indemnité pour PEF

Le travailleur qui participe à un programme de réadaptation professionnelle ou médicale approuvé par la Commission qui a commencé avant la révision de la PEF prévue au vingt-quatrième mois, est admissible à un supplément qui porterait son indemnité à 90 % des gains moyens nets qu'il touchait avant la lésion. Le travailleur qui a subi une récédive ou une détérioration de sa lésion recevra également un supplément. Son programme de réadaptation médicale et professionnelle sera considéré comme la continuation du programme qu'il a entrepris avant la révision de l'indemnité au vingt-quatrième mois.

La capitalisation de l'indemnité pour PEF

Si, à la suite de la révision, les gains du travailleur après la lésion ont changé, l'indemnité est calculée de nouveau, et l'indemnité pour PEF révisée est versée au travailleur. Toutefois, si l'écart entre le nouveau montant de l'indemnité pour PEF et celui que reçoit le travailleur est de moins de 10 %, la Commission ne rajuste pas l'indemnité [par. 45a (13)].

REMARQUES

1. Douze mois consécutifs - Pour interrompre la période de douze mois consécutifs, le travailleur doit avoir recouvré sa capacité de gains intégrale pendant une période unique d'au moins un mois.

2. Pour obtenir les gains moyens nets, la Commission déduit des gains bruts les éléments tels l'impôt sur le revenu probable, les cotisations au Régime de pensions du Canada et l'assurance-chômage probables qui sont payables par le travailleur.

3. Les programmes et services de RP sont décrits dans le *Bulletin des politiques*, vol. 4, n° 4, ainsi qu'à la section 7 du *Manuel des politiques opérationnelles*. ☐

-BULLETIN DES POLITIQUES-

Le Bulletin des politiques est publié par la Direction des politiques opérationnelles de la Commission des accidents du travail. S'il y a contradiction entre les déclarations contenues dans cette publication et la Loi sur les accidents du travail et/ou les politiques approuvées de la Commission, c'est à la Loi ou aux documents approuvés qu'il faut se référer.

Veillez adresser vos questions ou commentaires à :

Rédactrice
Bulletin des politiques
Direction des politiques opérationnelles

Services
graphiques
Communications

22^e étage
2, rue Bloor Est
Toronto (Ontario)

M4W 3C3

L'indemnité pour perte économique future (PÉF)

Tout comme ils ont droit à une indemnité pour perte non économique, les travailleurs atteints de déficience permanente ont également droit à une indemnité qui les dédommage de toute perte économique future de gains qu'ils pourraient subir à la suite de leur lésion ou maladie reliées au travail. Cette indemnité porte le sigle PÉF.

L'indemnité pour PÉF est destinée aux travailleurs atteints de déficience permanente qui, sur le plan physique, ne sont pas en mesure de reprendre l'emploi qu'ils occupaient avant la lésion

et, bien qu'ils soient encore capables de travailler et qu'ils soient disposés à en faire ainsi, ne pourront jamais gagner le même salaire qu'ils touchaient avant leur lésion. Si la déficience des travailleurs occasionne une perte de la capacité de gain ou une perte économique future, les travailleurs deviennent alors admissibles à une indemnité pour PÉF.

Un travailleur est admissible à une indemnité pour PÉF dans les cas suivants :

- 1) dès que la Commission établit qu'il est atteint de déficience permanente

OU

- 2) s'il est atteint d'une invalidité temporaire d'une durée de douze mois consécutifs¹.

Quand l'indemnité pour PÉF est-elle calculée?

Dans la mesure du possible, la Commission est tenue, en vertu de la Loi, de procéder au calcul initial ou à la détermination de l'indemnité pour PÉF :

- a) au cours du douzième mois d'une période de douze mois consécutifs où le travailleur est temporairement invalide;

- b) dans l'année qui suit la remise de l'avis d'accident, si la Commission établit que le travailleur souffre d'une déficience permanente;

- c) dans les dix-huit mois qui suivent la remise de l'avis d'accident, si l'état de santé du travailleur empêche la détermination prévue dans a) ou b) ci-dessus.

Ces délais ne s'appliquent pas dans le cas où le travailleur ne reçoit aucune indemnité parce que son droit à une indemnisation est contesté.

Le calcul de la PÉF

La Commission calcule l'indemnité pour PÉF conformément au paragraphe 45a (3) de la Loi. D'abord, elle établit les gains du travailleur avant la lésion en fonction des renseignements dans le dossier et ensuite les gains que le travailleur «pourra vraisemblablement toucher après la lésion dans un emploi approprié et disponible.» Les calculs doivent

Les efforts de retour au travail de courte durée (moins d'un mois) ne sont pas considérés comme une rupture de la période de douze mois consécutifs.

- a) les gains moyens nets² que touchait le travailleur blessé au cours de son emploi;

- b) d'autres versements d'invalidité que le travailleur reçoit pour la lésion en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec;

- c) les caractéristiques personnelles et professionnelles du travailleur;

- d) les chances de réussite de la réadaptation médicale et professionnelle du travailleur;

- e) ce qui constitue un emploi approprié et disponible pour le travailleur.

Lorsque la Commission établit les critères pour déterminer ce qui constitue «un emploi approprié et disponible», elle est également tenue par la Loi [art. 69 (1b)] de considérer ce qui suit :

- a) les aptitudes du travailleur à accomplir le travail;

- b) les conséquences sur la santé et la sécurité du travailleur dans le milieu de travail, étant donné sa déficience;

- c) l'existence et le lieu de débouchés possibles pour le travailleur sur le marché du travail; et

- d) les chances qu'a le travailleur de trouver un emploi.

Si le travailleur n'est pas retourné au travail, ces facteurs sont habituellement considérés comme faisant partie du plan de réadaptation professionnelle (RP)³ du travailleur, lequel est élaboré par le travailleur,

Exemple :

Jean gagnait 2 000 \$ nets² par mois avant sa lésion. Il est établi qu'il pourra vraisemblablement gagner 1 100 \$ nets, après la lésion, dans un emploi approprié et disponible. Cela signifie qu'il subira une perte de salaire de 900 \$ nets par mois. Par conséquent, Jean est admissible à une indemnité pour PÉF de 810 \$ (90 % de 900 \$) par mois.

Gains moyens nets avant la lésion	-	Gains moyens nets après la lésion	=	Perte X 90 % = PÉF
2 000 \$	-	1 100 \$	=	900\$ X 90 % = 810 \$

L'indemnité pour PNE (suite de la page 2)

Le paiement de l'indemnité

Une fois que le montant de l'indemnité pour PNE est calculé, la CAT envoie au travailleur une lettre l'avisant du degré de sa déficience permanente et de l'indemnité pour PNE qui lui est payable. Selon le montant de l'indemnité, le travailleur a le droit de décider de la forme du versement. Si l'indemnité est de 10 000 \$ ou moins, la CAT envoie au travailleur un chèque correspondant au montant global. Si le montant est supérieur à 10 000 \$, l'indemnité est payée par la CAT sous forme de versements mensuels pendant la vie du travailleur. Toutefois, les travailleurs peuvent demander de recevoir leur indemnité pour PNE sous forme de paiement forfaitaire.

Les appels et les contestations

Si, pour une raison quelconque, les travailleurs et leurs employeurs sont insatisfaits de la décision rendue par la CAT relativement au degré de déficience et de l'indemnité à laquelle ils ont droit.

L'indemnité, ils ont le droit de contester. Si une contestation est déposée, la CAT nomme un agent principal des soins médicaux qui étudiera le dossier du travailleur. Cet agent s'assure que les procédures de la CAT ont été respectées et que les renseignements pertinents contenus dans le dossier ont été pris en compte. Si une erreur a été commise, l'agent principal des soins médicaux calcule à nouveau l'indemnité pour PNE, et fait part de sa décision des revanches, s'il juge qu'aucune erreur n'a été commise, le travailleur et l'employeur sont tous deux avisés par écrit des constatations. Ils sont également informés de leur droit à une «audience» devant un commissaire d'audience de la CAT.

Quoique les délibérations de l'audience soient officielles, les travailleurs et les employeurs ont le droit d'être représentés par un avocat ou un autre agent s'ils le désirent. Ils peuvent également soumettre des éléments de preuve quant aux raisons pour lesquelles le rapport d'évaluation médicale et le barème de taux, la CAT a déterminé que Maria était atteinte d'une déficience permanente de 10 %. Par conséquent, son indemnité pour PNE est de 3 700 \$.

Exemple :

Maria a 53 ans au moment de sa lésion, soit 8 ans de plus que l'âge de référence de 45 ans. Le montant de base de son indemnité s'élève à 37 000 \$ (45 000 \$ - 8 000 \$).

D'après le rapport d'évaluation médicale et le barème de taux, la CAT a déterminé que Maria était atteinte d'une déficience permanente de 10 %. Par conséquent, son indemnité pour PNE est de 3 700 \$.

$$(45\ 000 \$ - 8\ 000 \$) \times 10 \% = 3\ 700 \$$$

$$(45\ 000 \$ + 20\ 000 \$) \times 15 \% = 9\ 750 \$$$

Conformément à l'alinéa 45 (21) b) de la Loi, la CAT calcule à nouveau le degré de déficience permanente et par le fait même l'indemnité pour PNE et PBF (perte économique future), si «l'état du travailleur a connu une détérioration importante que l'on n'avait pas prévue au moment de l'évaluation médicale la plus récente...»

Les détériorations

Les médecins ne peuvent pas toujours prévoir les conséquences à long terme d'une lésion ou d'une maladie. Dans le cas de certaines déficience permanentes, les conséquences de la lésion ou de la maladie professionnelle sur la vie d'un travailleur peuvent s'aggraver de façon imprévue. Si la déficience permanente d'un travailleur s'aggrave, et si la détérioration n'était pas prévue ou n'avait pas été indiquée au moment de la première évaluation, le travailleur doit alors en aviser, par écrit, la Commission afin que le degré de déficience soit calculé à nouveau. Toutefois, en vertu de la Loi, le travailleur doit attendre un an après la dernière évaluation médicale qu'il a subie avant de demander une nouvelle détermination de sa déficience.

La CAT prévoit une autre évaluation médicale indépendante pour déterminer le degré de la déficience permanente. La marche à suivre pour cette évaluation est identique à celle se rapportant à la première ou à la deuxième évaluation.

REMARQUES

1. En vertu de la Loi, la Commission doit se servir des «Directives relatives à l'évaluation de la déficience permanente» (Guides to the Evaluation of Permanent Impairment) (troisième édition révisée) de la American Medical Association. Un comité de travail bipartite sur les politiques et les règlements relatifs à la Loi 162 étudie actuellement les résultats d'un projet de recherche portant sur la CAT se penchera sur cette question avant la fin de 1991.
2. 45 000 \$ représente le montant prévu en 1990. Ce montant est rajusté annuellement, comme le sont tous les montants exprimés en dollars dans la Loi. Dans le présent texte, le montant de 45 000 \$ est utilisé afin de simplifier le calcul.

Exemple :
Luc était âgé de 23 ans au moment où il a subi une lésion qui a occasionné une déficience permanente de 15 %. Il avait 22 ans de moins que l'âge de référence de 45 ans. Mais, conformément à la Loi, le rajustement maximal selon l'âge est de 20 000 \$; le montant de base de Luc est donc de 65 000 \$ (45 000 \$ + 20 000 \$).
Étant atteint d'une déficience permanente de 15 %, Luc recevra une indemnité pour PNE de 9 750 \$.

Qui reçoit le rapport d'évaluation?

Peu de temps après l'examen du travailleur, le médecin du tableau envoie le rapport d'évaluation à la CAT. Conformément à la Loi, la CAT fait parvenir une copie du rapport d'évaluation au travailleur et à l'employeur au moment de l'accident.

Une deuxième évaluation

Le travailleur a le droit de rechercher une deuxième opinion quant à la nature et au degré de sa déficience permanente, et il n'est pas obligé de fournir les motifs de sa demande. De même, l'employeur et la CAT peuvent également demander que le travailleur se soumette à une deuxième évaluation.

Conformément à la Loi, la partie qui demande la tenue d'une deuxième évaluation dispose de 45 jours suivant la date à laquelle la CAT lui envoie le rapport d'évaluation médicale pour ce faire.

Si une deuxième évaluation médicale est exigée, la CAT remet au travailleur et à l'employeur une autre liste contenant le nom d'au moins trois médecins du tableau qui ont une expertise clinique dans le genre de lésion ou de maladie dont souffre le travailleur. S'il n'est pas possible d'identifier trois médecins ayant l'expertise nécessaire, la CAT nomme un médecin qui procédera à la deuxième évaluation médicale.

Dans le cas d'une deuxième évaluation, le travailleur et son employeur doivent tous deux s'entendre sur le choix du médecin du tableau qui procédera à l'examen, et communiquer le nom du médecin dans les 35 jours suivant la date de réception de la liste. Le processus est le même que celui adopté dans le cas de l'évaluation médicale initiale :

- La CAT nomme un médecin si le travailleur et l'employeur n'arrivent pas à s'entendre sur le choix d'un médecin.
- La CAT fixe un rendez-vous avec le médecin et en avise le travailleur de l'heure et de la date; elle paie les frais de déplacement si le travailleur doit voyager à l'extérieur de sa région géographique; et elle indemnise le travailleur de sa perte de salaire s'il doit prendre un congé non rémunéré.
- La CAT est tenue en vertu de la Loi d'envoyer une copie de la deuxième évaluation médicale au travailleur et à l'employeur au moment de l'accident.

Exemple :
Nicole était âgée de 30 ans au moment où elle s'est blessée au dos. Pour calculer le montant de son indemnité pour PNE, il faut prendre 45 000 \$ et y ajouter 1 000 \$ pour chaque année qu'elle avait de moins de 45 ans, c'est-à-dire 15 000 \$. Le montant de base est donc de 45 000 \$ plus 15 000 \$, pour un total de 60 000 \$.
Étant donné que Nicole est atteinte d'une déficience permanente de 30 %, son indemnité pour PNE s'élève à 18 000 \$.
 $(45\ 000 \$ + 15\ 000 \$) \times 30 \% = 18\ 000 \$$

Les rapports médicaux envoyés aux employeurs renferment des renseignements médicaux confidentiels, protégés en vertu du paragraphe 77 (7) de la Loi.

Le calcul de l'indemnité pour PNE

Les spécialistes médicaux de la CAT déterminent le degré de déficience permanente d'après les renseignements contenus dans le rapport d'évaluation médicale. Le calcul se fait aussitôt que possible après l'expiration du délai de 45 jours prévu pour demander une deuxième opinion. Si l'une des parties demande une deuxième évaluation médicale, la CAT doit attendre la réception du deuxième rapport avant d'établir le degré de la déficience. La Commission ne se sert que de la deuxième évaluation pour calculer l'indemnité pour PNE.

Le degré de la déficience permanente est exprimé en pourcentage. Plus le pourcentage est élevé, plus la déficience est grave. Par exemple, le degré de déficience permanente accordé à un quadriplégique peut s'élever à 95 %, tandis que celui attribué à une personne ayant perdu l'usage d'un petit doigt peut être évalué à 1 %. La CAT est obligée de se servir d'un barème de taux normalisé pour le calcul de ce pourcentage. La méthode de calcul de l'indemnité pour PNE est décrite au paragraphe 45 (2) de la Loi. Le calcul est effectué comme suit :

$$\text{Montant de la PNE} \times \% \text{ de la déficience permanente} = \text{Indemnité}$$

base de la PNE = pour PNE

Tel qu'il est prévu par la Loi, le montant de base s'élève à 45 000 \$
plus 1 000 \$ pour chaque année qui reste au travailleur, au moment de l'accident, avant d'atteindre l'âge de 45 ans
OU
1 000 \$ pour chaque année qu'a le travailleur au-delà de 45 ans au moment de la lésion.
Le montant maximal pouvant être ajouté ou soustrait est de 20 000 \$.
Une fois le montant de base calculé, la CAT le multiplie par le pourcentage de déficience permanente, lequel est établi en fonction du barème de taux, pour arriver au montant de l'indemnité pour PNE que recevra le travailleur.

(suite à la page 3)

Exemple :
Armand était âgé de 66 ans au moment où il a subi, au travail, une lésion à la colonne vertébrale. Il est atteint d'une déficience permanente de 80 %. Compte tenu du rajustement maximal selon l'âge de 20 000 \$, le montant de base de la PNE est de 25 000 \$. En multipliant ce montant par le taux de déficience de 80 %, on obtient une indemnité pour PNE de 20 000 \$.
 $(45\ 000 \$ - 20\ 000 \$) \times 80 \% = 20\ 000 \$$

L'indemnité pour perte non économique (PNE)

Les conséquences des lésions et des maladies professionnelles peuvent être à la fois graves et permanentes. La déficience «permanente» est l'expression utilisée dans la Loi pour décrire les conséquences d'une lésion ou d'une maladie qui se manifestent de façon permanente. PNE est le sigle qui sert à désigner la perte non économique et à décrire l'indemnité à laquelle ont droit les travailleurs lorsque les conséquences de leur déficience permanente les empêchent d'avoir le même mode de vie qu'ils avaient avant leur accident.

Selon le montant de l'indemnité pour PNE, les travailleurs peuvent choisir de recevoir l'indemnité sous forme de versements mensuels ou de paiement forfaitaire. Pour que la CAT puisse établir s'ils sont admissibles à une indemnité pour PNE, et le cas échéant, le montant de l'indemnité, les travailleurs sont tenus en vertu de la loi de subir une évaluation médicale.

Le processus au complet, à partir de l'examen jusqu'au calcul de l'indemnité pour PNE, peut s'étendre sur une période de six mois, selon l'horaire des médecins qui procèdent aux évaluations. Mais la CAT informe les travailleurs de chacune des mesures prises tout au long du processus afin qu'ils puissent suivre les diverses étapes et étudier leurs droits. L'évaluation médicale initiale

Avant de subir une évaluation concernant la déficience permanente, le travailleur doit avoir profité d'une «réadaptation médicale maximum» (RMM). Le travailleur a atteint la RMM lorsqu'il s'est rétabli au point où son état ne s'améliorera plus de façon significative. C'est alors qu'il est possible d'établir s'il souffre d'une déficience permanente. Le cas échéant, le travailleur se soumet à une évaluation médicale faite par un médecin spécialisé et indépendant afin que soit déterminé le degré de la déficience permanente. La CAT remet au travailleur une liste de médecins qui ont une expérience clinique dans le genre de lésion qu'il a subie ou de maladie dont il souffre, et dans la mesure du possible, qui exercent dans sa région géographique. [La liste de médecins provient du *tableau* de médecins de la CAT. Ainsi, les médecins dont le nom figure sur les listes sont communément appelés «médecins du tableau» afin de les distinguer des médecins des travailleurs par exemple.] Le travailleur dispose de 35 jours suivant la date d'envoi de la liste des *médecins du tableau* pour nommer un médecin qui procédera à son examen, et il

Le travailleur qui souffre d'une déficience permanente a droit à une indemnité pour PNE (art. 45).

doit informer la CAT de son choix. Si, pour une raison quelconque, le travailleur n'exerce pas son droit de choisir un médecin ou qu'il n'arrête pas son choix dans le délai de 35 jours, la Loi oblige alors la Commission à nommer un *médecin du tableau*. Lorsque le travailleur informe la CAT de son choix, la CAT prend un rendez-vous avec le médecin au nom du travailleur et envoie à ce dernier une lettre contenant tous les renseignements nécessaires : l'adresse, la date et l'heure du rendez-vous; les directives relatives au déplacement et à l'hébergement; la marche à suivre pour le remboursement des dépenses et de la perte de salaire. Si un travailleur doit se déplacer à l'extérieur de sa région géographique pour se rendre au rendez-vous avec le *médecin du tableau* et qu'il doit emprunter le transport en commun disponible, la CAT lui fournit une feuille de route. Le travailleur échange la feuille de route contre un billet d'avion, d'autobus ou de train. Si un travailleur choisit de prendre son véhicule pour se rendre au rendez-vous qui lui a été fixé pour l'évaluation médicale, la CAT rembourse le travailleur des kilomètres parcourus selon un taux uniforme. Le travailleur envoie à son agent d'indemnisation une lettre lui précisant la distance parcourue, et y joint tout reçu approprié (p. ex., reçu de stationnement, de repas, etc.). La CAT fait alors parvenir au travailleur un chèque pour la somme due. Si le travailleur doit être hébergé à l'hôtel, la CAT se charge de la réservation et informe le travailleur des détails nécessaires. La facture de l'hôtel parvient directement à la Commission. Si le travailleur est obligé de prendre un congé non rémunéré pour aller au rendez-vous, il peut soumettre une demande de remboursement pour perte de salaire.

L'évaluation médicale constitue un rapport des plus importants qui sert à déterminer le montant de l'indemnité pour PNE.

Les renseignements fournis aux médecins du *tableau* Avant la date du rendez-vous, la CAT fournit au *médecin du tableau* tous les renseignements médicaux qui figurent au dossier du travailleur. Le rapport d'évaluation Le médecin du *tableau* examine le travailleur et rédige un rapport sur l'état actuel du travailleur et les conséquences éventuelles de la lésion (suite à la page 2)

POLICY REPORT



Workers'
Compensation
Board

Commission
des accidents
du travail

October 1991
Vol. 4 No. 6

Re-employment obligations

Workers who have been employed continuously for one year prior to the date of accident are entitled to be re-employed if their employer usually has 20 or more people on staff. In determining continuity, the Board considers absences such as those caused by strikes and lockouts, sick leave, vacation and sabbaticals, and layoffs¹. It does not consider breaks in employment or work cessations if there was no intention to break the employment relationship.

In determining whether the employer or the worker had any intention of breaking the employment relationship, the Board considers

- the length of time the worker has been employed
- contractual arrangements between the worker and the employer
- the pattern of the relationship with the worker, and other workers
- the expressed views and behaviour of the parties
- the lengths of, and reasons for, work cessations
- evidence of an employment relationship (other than in the performance of work) during a work cessation, e.g., maintenance of employee benefits by the employer.

The Board does not consider the employer absolved of its re-employment obligations if

- the worker voluntarily severs the employment relationship
- the employer offers early retirement in exchange for severance pay

- the employer lays off, or dismisses, the worker after the accident and before re-employment
- the employer lays off, or dismisses, the worker within 6 months of re-employment
- the employer lays off, or dismisses, the worker after 6 months of re-employment, if the layoff, or dismissal, is a result of the injury or disease.

Penalties

If employers fail to fulfil their re-employment obligations, the Board may

- levy a penalty – an amount equal to the worker's actual net average earnings² for the year preceding the injury – [s.54b(13)(a)]
- and
- make payments to the worker for one year, as if the worker was entitled to temporary total disability benefits (s.40).

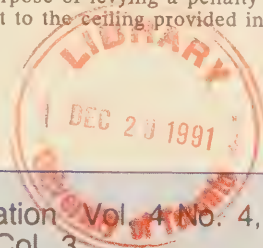
The Board may reduce a penalty against the employer for not re-employing a worker

- in circumstances beyond the employer's control, e.g., if poor economic conditions force the employer to significantly restructure operations
- if the employer agrees to re-employ the worker after a hearing at which the Board determines that the employer failed to comply with its re-employment obligations
- if the employer offers the worker suitable employment at locations elsewhere.

The Board does not levy re-employment penalties if the worker voluntarily accepts severance pay, given in good faith by the employer. ☐

NOTES

- ¹ For details about re-employment, refer to the Board's *Operational Policy* manual. See also, *Policy Report*, Vol. 4 No.3.
- ² The worker's net average earnings for the purpose of levying a penalty are not subject to the ceiling provided in s.41.



Clarification Vol. 4 No. 4,
pg. 1, Col. 3

Claims for temporary total disability (s.40) that are not adjudicated within 42 days [DR-6] of registration are referred to caseworkers as soon as the decision is made to allow the claim, if workers are unlikely to be able to return to their pre-injury jobs.

Did you know that...

employers whose workers have pre-existing conditions may be entitled to Second Injury Enhancement Fund (SIEF) relief for costs associated with NEL and FEL benefits?

SIEF relief is applied on the same basis as it is for temporary and permanent compensation benefits for pre-Bill 162 claims.

See *OP manual* 05-06-10 for details.

FEL & other benefits

FEL benefits distinct from others

The Board determines future economic loss benefits¹ independent of other compensation benefits paid to workers.

FEL benefits are calculated as follows:

Pre-injury net average earnings	-	Post-injury net average earnings the worker is likely to be able to earn
--	----------	---

$$= \text{Loss} \times 90\% = \text{FEL}$$

FEL and pension benefits

If a worker receives a pension for a pre-Bill 162 claim² and then becomes entitled to a FEL benefit for a post-Bill 162 claim, the FEL benefit is calculated without reference to the worker's pension. The worker's pre-injury net average earnings exclude the worker's pension.

FEL and temporary disability benefits

If a worker receiving a FEL benefit has a new work-related accident, the worker's temporary disability benefit for the new injury is calculated based on the worker's net average wages earned at the time of the new accident, without reference to the FEL benefit.

Two or more FEL benefits

If a worker is entitled to 2 or more FEL benefits resulting from separate work-related accidents, the amount of each benefit is determined independently. The amount of the second FEL benefit is calculated using the worker's net average wages earned at the time of the second injury, excluding the FEL benefit for the first injury.

Older workers' benefits

When FEL benefits are initially determined or reviewed, workers

- who are at least 55 years of age and
- who have not returned to work on either a full-time, part-time, or casual basis at any time after the injury and
- who are unlikely to benefit from any vocational rehabilitation program

may choose between the FEL benefit to which they are entitled and a benefit equivalent to the Old Age Security (OAS) pension. In short, according to the *Act*, if the above mentioned criteria are met, the worker may choose whichever benefit is financially more beneficial.

Benefit reviews

Just like a FEL benefit, the OAS-equivalent benefit is reviewed

- a) in the 24th month after the date of initial determination and
- b) in the 60th month after the date of initial determination or, in any case,
- c) within 24 months after a reconsideration of the percentage of permanent impairment.

At any of these reviews, workers can change their minds and take the OAS-equivalent benefit, or continue to take the FEL benefit. Board decision-makers must communicate with the worker, in writing, detailing the financial implications of choosing one or the other of these benefits.

This policy applies to all Bill 162 claims for which FEL benefits have been or will be determined. ☐

NOTES

¹ Policy Report Vol. 4 No. 5

² Pre-Bill 162 claims are those for accidents that occurred prior to January 2, 1990.

Has your address changed?

To ensure you receive each issue of *Policy Report*, and to keep our mailing costs down, we need to keep our distribution system up-to-date. Please submit any changes in your mailing address to:

**Manuals Distribution Specialist
Policy Publications
Workers' Compensation Board
2 Bloor Street East, 22nd Floor
Toronto, Ontario, M4W 3C3
Telephone: (416) 927-4941**

Subscriptions to *Policy Report* are free on request to this address.

POLICY REPORT

Policy Report is published under the authority and direction of the Operational Policy Branch of the Workers' Compensation Board. If there is any conflict between the statements contained in this publication and the *Workers' Compensation Act* and/or Board approved policy documents, the *Act* or the approved document governs.

Comments or inquiries should be addressed to:

**Editor
Policy Report
Operational Policy Branch
Workers' Compensation Board
2 Bloor Street East, 22nd Floor
Toronto, Ontario, M4W 3C3**

**Graphic Production:
Graphics Services
Communications**

La PEF et les autres indemnités

L'indemnité pour PEF distincte des autres indemnités

Lors de la détermination de l'indemnité pour perte économique future, la Commission ne tient pas compte des autres indemnités versées aux travailleurs. L'indemnité pour PEF est calculée de la façon suivante :

Gains moyens	Gains moyens nets
que le travailleur	avant - pourraisem-
blablement gagner	la lésion
après la lésion	
= Perte x 90 % = PEF	

La PEF et les pensions

Lorsqu'un travailleur touche une pension reliée à une demande d'indemnisation antérieure à la Loi 162 et que par la suite il devienne admissible à une indemnité pour PEF reliée à une demande d'indemnisation postérieure à la Loi 162, l'indemnité pour PEF est calculée sans tenir compte de la pension du travailleur. Les gains moyens nets que touchait le travailleur avant la lésion n'incluent pas la pension du travailleur.

La PEF et les indemnités d'invalidité temporaire

Lorsqu'un travailleur qui reçoit une indemnité pour PNF subit un autre accident professionnel, les indemnités d'invalidité temporaire qui lui sont versées pour sa nouvelle lésion sont calculées en fonction des gains moyens nets que touchait le travailleur au moment du nouvel accident, sans tenir compte de l'indemnité pour PEF.

Avez-vous changé d'adresse?

Veuillez communiquer tout changement d'adresse postale au :

Responsable de la distribution des manuels

Publication des politiques

Commission des accidents du travail

22^e étage

2, rue Bloor Est

Toronto (Ontario)

M4W 3C3

(416) 927-4941

L'abonnement au Bulletin des politiques est gratuit sur demande à l'adresse susmentionnée.

Deux indemnités ou plus pour PEF

Lorsqu'un travailleur a droit à deux ou plus de deux indemnités pour PEF à la suite d'accidents professionnels distincts, le montant de chacune des indemnités est calculé de façon indépendante. Le montant de la deuxième indemnité pour PEF est calculé en utilisant les gains moyens nets que touchait le travailleur au moment de la deuxième lésion, sans tenir compte de l'indemnité pour PEF versée pour la première lésion.

L'indemnité pour travailleurs plus âgés

Lors de la détermination initiale ou de la révision de l'indemnité pour PNF, le travailleur

- qui est âgé d'au moins 55 ans;
- qui n'est jamais retourné à un travail à temps plein, à temps partiel ou occasionnel après la lésion;

et
• qui ne profitera vraisemblablement pas d'un programme de réadaptation professionnelle peut choisir entre l'indemnité pour PEF à laquelle il a droit ou une indemnité égale à la pension de sécurité de la vieillesse (SV). Bref, conformément à la Loi, si le travailleur remplit les conditions susmentionnées, il peut choisir de recevoir l'indemnité dont le montant lui est le plus avantageux financièrement.

Veuillez adresser vos questions ou commentaires à :

Rédactrice

Bulletin des politiques

Direction des politiques opérationnelles

Commission des accidents du travail

22^e étage

2, rue Bloor Est

Toronto (Ontario)

M4W 3C3

Services graphiques

Communications

BULLETIN DES POLITIQUES

Le Bulletin des politiques est publié par la Direction des politiques opérationnelles de la Commission des accidents du travail. S'il y a contradiction entre les déclarations contenues dans cette publication et la Loi sur les accidents du travail et/ou les politiques approuvées de la Commission, c'est à la Loi ou aux documents approuvés qu'il faut se référer.

1. Voir le Bulletin des politiques, vol. 4, n° 5.
2. Par demande d'indemnisation antérieure à la Loi 162, il faut entendre toute demande reliée à un accident survenu avant le 2 janvier 1990.

Remarques
a été déterminée ou le sera. □
les demandes d'indemnisation se rapportant à la Loi 162 et pour lesquelles une indemnité pour PEF Cette politique s'applique à toutes les demandes d'indemnisation de l'indemnité.
financières de leur choix doivent expliquer par écrit aux travailleurs les conséquences de recevoir l'indemnité pour PEF. Les décideurs de la Commission peuvent changer d'idée et choisir l'indemnité correspondant à la pension de SV ou il peut continuer de recevoir l'indemnité pour PNF. Lors de ces révisions, le travailleur de déficience permanente. (c) dans les vingt-quatre mois après une réévaluation du pourcentage ou, dans tous les cas, qui suit la date de sa détermination initiale; (b) au cours du soixantième mois qui suit la date de sa détermination initiale; (a) au cours du vingt-quatrième mois de la révision de l'indemnité pour PEF, l'indemnité correspondant à la pension de SV est révisée



Les obligations de rengagement

Le travailleur qui est employé de façon interrompue pendant un an avant la date de l'accident a droit au rengagement si son employeur compte habituellement vingt travailleurs ou plus. Pour déterminer s'il y a continuité de l'emploi, la Commission tient compte des absences, comme celles causées par les grèves ou les lock-out, les congés de maladie, les vacances et les congés sabbatiques et les mises à pied¹. Toutefois, elle ne considère pas les interruptions de travail ni les arrêts de travail dans les cas où il n'y avait aucune intention de rompre la relation de travail.

Lorsqu'elle détermine si la rupture de la relation de travail était intentionnelle, la Commission considère les facteurs suivants :

- la durée de l'emploi du travailleur;
- les dispositions contractuelles entre l'employeur et le travailleur;
- le type de relation établie avec le travailleur ainsi qu'avec d'autres travailleurs;
- le comportement des parties en cause et leurs points de vue;
- la durée des arrêts de travail et les raisons qui les justifient;
- les éléments de preuve qui soutiennent l'existence d'une relation de travail pendant l'arrêt de travail (autre que celle établie au cours de l'emploi), p. ex., l'employeur assure le maintien des avantages rattachés à l'emploi du travailleur.

La Commission ne considère pas que l'employeur est déchargé des obligations de rengagement qui lui incombent dans les cas où :

- le travailleur rompt volontairement la relation de travail;

- l'employeur offre au travailleur une préretraite en lui accordant une indemnité de fin d'emploi;
- l'employeur met à pied ou licencie le travailleur après l'accident, mais avant le rengagement;
- l'employeur met à pied ou licencie le travailleur dans les six mois suivant le rengagement;
- l'employeur met à pied ou licencie le travailleur après les six mois suivant le rengagement, si la mise à pied ou le licenciement a pour cause la lésion ou la maladie.

Les pénalités

- Si l'employeur néglige de remplir ses obligations de rengagement, la Commission peut :
- lui imposer une amende dont le montant est égal aux gains moyens nets réels² du travailleur pendant l'année précédant la lésion [54b (13) a)];
 - faire des versements au travailleur pendant un an, comme si celui-ci avait droit à des indemnités d'invalidité totale temporaire [article 40].
- La Commission peut réduire la pénalité imposée à l'employeur pour son manquement à l'obligation de rengager le travailleur :
- dans des circonstances indépendantes de la volonté de l'employeur, p. ex., si les conditions économiques obligent à procéder à une restructuration importante de ses activités;
 - lorsque l'employeur accepte de rengager le travailleur à la suite d'une audience au cours de laquelle la Commission détermine qu'il a manqué à ses obligations de rengagement;
 - si l'employeur offre au travailleur un emploi approprié dans un autre emplacement.

Saviez vous

que ...

Les employeurs dont les travailleurs souffrent d'un état pathologique préexistant peuvent avoir droit, en vertu du Fonds de garantie pour travailleurs réintégrés (FGTR), à une exonération des coûts associés à l'indemnité pour perte non économique (PNE) et à l'indemnité pour perte économique (PEE)?

Cette exonération s'applique de la même manière que celle qui se rapporte aux coûts associés aux indemnités permanentes et temporaires reliées aux demandes d'indemnisation antérieures à la Loi 162.

Pour plus de détails, voir le *Manuel des politiques opérationnelles*, document 05-06-10.

Note explicative, vol. 4, n° 4, p. 1, 3^e col.

Les demandes d'indemnisation en cas d'invalidité totale temporaire (article 40) qui ne sont pas traitées dans les 42 jours (DE-6) suivant la date d'enregistrement sont transmises aux agents de RP dès qu'une décision favorable est prise, lorsqu'il est invraisemblable que les travailleurs retourneront à leur emploi d'avant la lésion.

REMARQUES

- ¹ Pour des détails sur le rengagement, se référer au *Manuel des politiques opérationnelles*. Voir aussi le *Bulletin des politiques*, vol. 4, n° 3.
- ² Les gains moyens nets du travailleur servant au calcul de la pénalité ne sont pas assujettis au plafond prévu à l'article 41.

foi. ☐

La Commission ne perçoit pas de pénalités relatives au rengagement si le travailleur accepte volontairement de l'employeur une indemnité de fin d'emploi, lorsque celle-ci est accordée de bonne

CADON
L 90
-P 56

POLICY REPORT



Workers'
Compensation
Board

Commission
des accidents
du travail

November 1991

Vol. 4 No. 7

Gold Miners' policy revised

On January 8, 1988, the WCB's Board of Directors approved a precedent setting policy to compensate Ontario gold miners for cancer conditions attributable to their workplace hazards.¹ On August 29, 1991, partially prompted by new scientific information provided by a study² funded jointly by the Ministry of Labour of Ontario, the Atomic Energy Control Board of Canada and the WCB, the Board of Directors approved revisions to the 1988 policy.

The study, based on 334 lung cancer deaths from 1955 to 1986,

- confirms previous findings that a higher incidence of lung cancers occurred among those who started mining gold before 1946
- postulates that radon progeny (radiation exposure) and arsenic are probable causal agents of lung cancer
- maintains the possibility that silica dust exposure is causing lung cancer among some gold miners.

Necessary evidence

This new information was incorporated into the revised policy and now only evidence to support the existence of lung cancer and proof of occupation as a gold miner in Ontario is considered "necessary" to establish work-relatedness. However, some new types of evidence are considered "persuasive" in establishing work-relatedness, including

- 10 years of mining in dusty mines, either before or after 1945
- significant duration of mining in mines which were both dusty and contained arsenic
- duration of mining in mines which had radon progeny.

Persuasive evidence

These factors, however, do not constitute an exhaustive list of the possible ways to show work-relatedness: decision-makers must consider the merits and justice of each case, whether the listed "persuasive evidence" is found or not. Therefore, any other biologically plausible evidence indicating that a particular worker's lung cancer is related to gold mining or any other evidence that the worker had sufficient occupational exposure is used in the decision making process.

Decision-makers do not consider, in isolation, the different ways to show sufficient occupational exposure.

Workers might be exposed to dusty gold mining, arsenic, and radon in different periods of their working lives. Thus, contributions from all types of work and non-work-related exposure must be considered when arriving at an estimate of the overall risk of developing work-related lung cancer.

Individual merits

The revised policy enables decision-makers to take into consideration, fully, the individual merits of each case.

All new claims, and claims denied under the previous policy will be adjudicated using the new policy guidelines³. □

NOTES:

¹ Policy Report, Vol. 1 No. 1

² R. A. Kusiak et al., "Carcinoma of the lung in Ontario gold miners: Possible aetiological factors", *British Journal of Industrial Medicine* (in press).

³ Revisions to document number 04-04-08 in the Operational Policy manual are now under way.

Pre-1915 exposures

The *Workers' Compensation Act* came into effect on January 1, 1915 and covers entitlement to benefits for accidental injuries sustained, or industrial diseases contracted, after that date. However, unlike a traumatic event in which the cause and effect are often immediate, it may not be certain when a worker actually contracted an industrial disease: the damage may have been done long before the symptoms of the disease become apparent.

For this reason, and in light of the study on lung cancer in gold miners, the Board's administrators approved on May 22, 1991 a policy for determining entitlement to benefits in claims for industrial diseases associated with pre-1915 exposure. The policy states that any worker who was exposed to conditions or substances linked to an industrial disease in the course of employment prior to 1915 and who experienced onset of the disease after January 1, 1915 should have their exposure considered in the determination of entitlement to benefits.

Although the question was initially raised in connection with gold miners and lung cancer, the policy will apply to all industrial disease claims in which pre-1915 exposure is an issue. □

What's inside...

V. R. program review	2
Direct deposit for Attendant's Allowance	2
Government agencies and FIPPA	3
Consultation Unit public meetings	4
New WCB Lexicon	4

Vocational Rehabilitation program review

The Board, in response to a need for a more comprehensive approach to vocational rehabilitation (VR) service delivery, has begun a review of its VR programs. The review encompasses four broad themes which focus on

- re-integrating injured workers to the work-force
- meeting the financial and other needs of workers for whom re-integration is not possible
- removing systemic barriers to the employment of workers with disabilities
- designing an integrated and comprehensive approach to assisting workers with disabilities.

The scope and effectiveness of the Board's rehabilitation, re-integration, and employment equity programs will be evaluated with a view to aligning them more closely with the needs of the workers and employers of Ontario.

Initial stages of the project will involve research into the current state of VR service delivery in Ontario and in other jurisdictions and research into how existing and future labour market trends and opportunities are identified and analyzed by the public and private sectors.

This information will be used to enhance the Board's ability to help workers set and attain long-term vocational goals.

This process will include evaluating the merits and shortcomings of existing training programs, addressing skill deficits, and developing a plan for the implementation of new training initiatives.

Once the results of this research and analysis have been evaluated, a broadly based consultation process will begin. ☐

Direct deposit soon available for Attendant's Allowance payments

Workers who are in receipt of an Attendant's Allowance¹ will soon have the option to arrange for their monthly payments to be deposited directly into their bank accounts. This will ensure that eligible workers receive the Attendant's Allowance in a timely and secure manner.

Workers who choose this option will have their payment deposited at the same time of the month that it is currently mailed.

Did you know that...

cost relief currently extended to Schedule 1 employers for s. 135(4) supplements will continue, even if the worker is 55 years of age or older at the 24-month review.

The procedure for registration is simple. Workers who wish to take advantage of direct deposit will be required to complete an authorization form and return it to the WCB's Head Office in Toronto. Once the authorization is received, the WCB will initiate direct deposit.

In the near future, a notice outlining the details for direct deposit registration will be mailed to each worker who is in receipt of an Attendant's Allowance. ☐

NOTE:

¹ Attendant's Allowance benefits are extended to workers who are in receipt of a 100% permanent impairment pension and who require daily, in-home care and assistance.

The Operational Policy Branch is currently reviewing the criteria for entitlement to Attendant's Allowance benefits for Bill 162 claims.

Has your address changed?

To ensure you receive each issue of *Policy Report*, and to keep our mailing costs down, we need to keep our distribution system up-to-date. Please submit any changes in your mailing address to:

**Manuals Distribution Specialist
Policy Publications
Workers' Compensation Board
2 Bloor Street East, 22nd Floor
Toronto, Ontario, M4W 3C3
Telephone: (416) 927-4941**

Subscriptions to *Policy Report* are free on request to this address.

Government agencies and the protection of privacy

In this information age, true privacy is a luxury few are afforded. Intimate details about one's age, employment history, or medical condition can be accessed at the stroke of a computer key by someone armed with the social insurance number, Ontario Health Card number, or even telephone number of the individual under scrutiny.

For this reason, it is the responsibility of WCB decision-makers, in accordance with the provisions of the Freedom of Information and Protection of Privacy Act (FIPPA), to ensure that the sensitive personal information documented in claim files remains confidential.

There are, however, *exceptional* circumstances under which FIPPA

provides for the disclosure of personal information to government agencies without the worker's consent. For example, as part of an ongoing legal investigation, an institution or law enforcement agency may obtain a search warrant or court order to gain access to a worker's claim file. And in some instances, compelling or compassionate circumstances may arise which warrant the release of personal information to a government agency without the worker's consent.

Compassionate grounds

Information can be released under this exception if the health or safety of an individual is at risk. But, it must be established that there is no other way for the requesting agency to obtain the

information, or that a delay in obtaining the information would endanger the health or safety of an individual. Information can also be released without the worker's consent on compassionate grounds in cases where a worker's family or friends must be contacted to notify them of a serious injury, illness, or death.

Compelling legislation

The WCB may also be obliged to release personal information about a worker to a government agency in compliance with other acts of parliament, treaties, or agreements. The following table lists examples of legislation which compel the WCB to release a worker's personal information to government agencies without the worker's consent. □

Requesting Agency	Information which can be released	Legislative Authority
<i>Employment and Immigration Canada</i>	WCB benefits information – period covered – type and amount of benefits	Unemployment Insurance Act, s.94(13)
<i>Revenue Canada</i>	Evidence relevant to tax liability – amount of benefits – name of employer – worker's address – worker's telephone number	Income Tax Act, s. 231.2(1)
<i>Provincial Court</i>	Information to enforce a custody or support order – place of employment – worker's address or location	Support and Custody Orders Enforcement Act, s.6
<i>Ontario Human Rights Commission</i>	Information relevant to investigation	Ontario Human Rights Code, s.32
<i>Ontario Ombudsman's Office</i>	Information relevant to investigation	Ombudsman Act, s.20(1)

Consultation Unit to hold public meetings

The WCB's Consultation Unit has released a schedule for public meetings, convened by the Board of Directors, to discuss policy proposals on entitlement and on workplace stressors. The first meetings in this series were held in Toronto in October and Ottawa in November. Further meetings are scheduled over the next few months throughout the province.

Open to the public, these meetings provide the Board's external stakeholders with a forum for discussion of issues with significant or far reaching effects. Anyone attending a meeting is invited to make a presentation, but must register in advance with the Consultation Unit.

For registration information or to receive copies of the policy proposal papers "Entitlement in the Ontario Workers' Compensation System" and "Compensation for Disablements Arising from Workplace Stressors" please contact the WCB Consultation Unit at (416) 926-8689 or toll free at 1-800-387-0750, extension 8689 Monday to Friday, 8:30am to 4:30pm. □

Schedule of public meetings – November '91 to March '92

<i>Thunder Bay</i>	December 10, 11, 12	Valhalla Inn Viking room 1 Valhalla Inn Road
<i>Toronto</i>	January 14, 15, 16	Park Plaza Hotel Plaza Room 4 Avenue Road
<i>Hamilton</i>	January 21, 22, 23	Hamilton Convention Centre Albion A 115 King Street West
<i>Mississauga</i>	January 28, 29, 30	T.B.A.
<i>London</i>	February 11, 12, 13	Radisson Hotel London Centre Victoria/Albert Room 300 King Street
<i>Windsor</i>	February 25, 26, 27	Holiday Inn Trianon C 480 Riverside Drive
<i>Toronto</i>	March 24, 25, 26	T.B.A.

New WCB Bilingual Lexicon available to the public

It is now possible to purchase the 2nd edition of the Workers' Compensation Board's Bilingual Lexicon. This lexicon contains approximately 2,200 terms and their equivalents drawn from Board operations, as well as some medical abbreviations. As these terms are not usually found in general bilingual dictionaries, the WCB Bilingual Lexicon is a useful reference tool.

If you would like a copy of the Lexicon (\$15.50 + 7% G.S.T.) or an update for your existing Lexicon (\$5.30 + 7% G.S.T.), please send your prepayment by cheque or money order payable to:

WCB - ACCOUNT: 4711-62901
Address: Policy Publications
Operational Policy Branch
22nd floor, 2 Bloor St. East
Toronto, Ontario
M4W 3C3
Phone: (416) 927-4941

Please allow 3 to 4 weeks for delivery.

Policy Report is printed on acid-free, recycled paper at no extra cost.



POLICY REPORT

Policy Report is published under the authority and direction of the Operational Policy Branch of the Workers' Compensation Board. If there is any conflict between the statements contained in this publication and the *Workers' Compensation Act* and/or Board approved policy documents, the *Act* or the approved document governs.

Comments or inquiries should be addressed to:

Editor
Policy Report
Operational Policy Branch
Workers' Compensation Board
2 Bloor Street East, 22nd Floor
Toronto, Ontario, M4W 3C3

Graphic Production:
Graphics Services
Communications

Réunions publiques du Service des consultations

Horaire des réunions publiques de novembre 1991 à mars 1992

Thunder Bay	10, 11 et 12 décembre	Valhalla Inn Salle Viking 1, chemin Valhalla Inn
Toronto	14, 15 et 16 janvier	Hôtel Park Plaza Salle Plaza 4, Avenue Road
Hamilton	21, 22 et 23 janvier	Centre des congrès de Hamilton Salle Albion A 115, rue King Ouest
Mississauga	28, 29 et 30 janvier	à déterminer
London	11, 12 et 13 février	Radisson Hotel London Centre Salle Victoria-Albert 300, rue King
Windsor	25, 26 et 27 février	Holiday Inn Salle Trianon C 480, chemin Riverside
Toronto	24, 25 et 26 mars	à déterminer

Saviez-vous que ...

les employeurs de l'annexe 1 qui bénéficiaient d'une exonération des cotis relées aux suppléments versés aux travailleurs en vertu du paragraphe 135 (4) continueront d'en être exonérés, même si les travailleurs sont âgés de 55 ans ou plus lors de la révision prévue au vingt-quatrième mois?

Le Service des consultations de la CAT a émis l'horaire des réunions publiques convoquées par le conseil d'administration. Ces réunions serviront de cadre de discussion pour les énoncés de politique portant sur l'admissibilité et sur les facteurs de stress au travail. Les premières réunions ont déjà eu lieu à Toronto en octobre et à Ottawa en novembre. D'autres réunions sont prévues à l'échelle de la province au cours des prochains mois. Ces réunions publiques offrent l'occasion aux personnes et groupes intéressés de l'extérieur de la Commission de discuter de questions ayant des conséquences de portée considérable. Les personnes qui assisteront aux réunions sont invitées à présenter un mémoire; toutefois, elles doivent s'inscrire à l'avance auprès du Service des consultations. Pour obtenir des renseignements sur l'inscription ou une copie des énoncés de politique intitulés «L'admissibilité dans le cadre du régime d'indemnisation des travailleurs» et «Indemnisation des travailleurs souffrant d'incapacités relées à des facteurs de stress au travail», veuillez contacter le Service des consultations de la CAT au (416) 926-8689 ou, sans frais, au 1-800-387-0750, poste 8689, entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi. □

Le nouveau Lexique bilingue de la CAT est maintenant disponible

On peut à présent se procurer la deuxième édition du Lexique bilingue de la Commission des accidents du travail. Ce lexique contient environ 2 200 termes, avec leurs équivalents, qui sont employés par divers secteurs de la Commission, ainsi que des abréviations médicales. Comme on ne trouve pas nécessairement ces termes dans des dictionnaires bilingues généraux, le Lexique bilingue de la CAT est un outil de référence indispensable. Si vous désirez un exemplaire ou une mise à jour de ce lexique, veuillez envoyer un paiement anticipé, par chèque ou mandat, payable à l'ordre de :

CAT - COMPTE : 4711-69201

Adresse : Publication des politiques

Direction des politiques opérationnelles

22^e étage, 2, rue Bloor Est

Toronto (Ontario)

M4W 3C3

Tél. : (416) 927-4941

Le prix de vente est de 15,50 \$ (+ 7 % T.P.S.) pour le Lexique et de 5,30 \$ (+ 7 % T.P.S.) pour une mise à jour. Veuillez prévoir de 3 à 4 semaines pour la livraison.

Veuillez adresser vos questions ou commentaires à :

Le Bulletin des politiques est publié par la Direction des politiques opérationnelles de la Commission des accidents du travail. S'il y a contradiction entre les déclarations contenues dans cette publication et la Loi sur les accidents du travail et/ou les politiques approuvées de la Commission, c'est à la Loi ou aux documents approuvés qu'il faut se référer.

BULLETIN DES POLITIQUES

Rédactrice
Bulletin des politiques
Direction des politiques opérationnelles
Commission des accidents du travail
22^e étage
2, rue Bloor Est
Toronto (Ontario)
M4W 3C3
Production :
Services graphiques
Communications

Organismes gouvernementaux et protection de la vie privée

Dans ce siècle d'information, la vie privée, dans le vrai sens du terme, est un luxe que peuvent s'offrir peu de gens. Une fois armé du numéro de carte sociale ou du numéro de carte santé de l'Ontario ou même du numéro de téléphone de la personne faisant l'objet d'une surveillance, il suffit d'appuyer sur une simple touche d'ordinateur pour avoir accès à des détails intimes au sujet de cette personne, tels son âge, ses antécédents professionnels ou son état de santé.

C'est la raison pour laquelle il incombe aux décideurs de la CAT, conformément aux dispositions prévues aux termes de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*, de veiller à ce que tout renseignement de nature personnelle et délicate inscrit dans le dossier d'indemnisation d'un travailleur demeure confidentiel. Toutefois, la loi susmentionnée prévoit que, dans des circonstances exceptionnelles, des renseignements

personnels soient divulgués aux organismes gouvernementaux sans le consentement du travailleur. Par exemple, un organisme chargé de l'exécution de la loi ou un établissement quelconque peut, dans le cadre d'une enquête judiciaire, obtenir un mandat de perquisition ou une ordonnance de la cour afin d'avoir accès au dossier d'indemnisation d'un travailleur. Et dans certains cas, il se peut que des circonstances de compassion ou de contrainte obligent que soient divulgués des renseignements personnels à un organisme gouvernemental, et ce, sans le consentement du travailleur.

Motifs de compassion

En présence de motifs de compassion, les renseignements peuvent être divulgués si la santé ou la sécurité d'une personne est en danger. Toutefois, il doit d'abord être établi qu'il n'existe aucune autre façon pour l'organisme faisant

la demande d'obtenir les renseignements, ou que le retard dans l'obtention des renseignements mettrait la santé ou la sécurité de la personne en danger. La divulgation des renseignements peut également se faire sans le consentement du travailleur, d'après des motifs de compassion, dans le cas où il est essentiel de contacter la famille ou les amis d'un travailleur pour les aviser d'une lésion grave, d'une maladie ou d'un décès.

Lois contraignantes

La CAT peut également être tenue de divulguer à un organisme gouvernemental des renseignements personnels concernant un travailleur en vertu d'autres lois parlementaires, traités ou ententes. Le tableau qui suit donne à titre d'exemple des lois qui contraignent la CAT à divulguer à des organismes gouvernementaux les renseignements personnels concernant un travailleur sans le consentement de celui-ci. □

Etablissement	Renseignements divulgués	Autorité législative
---------------	--------------------------	----------------------

Emploi et Immigration Canada

Renseignements sur les indemnités de la CAT

- période d'indemnisation
- genre d'indemnités et montant

Revenu

Éléments pertinents à la responsabilité fiscale

- montant des indemnités
- nom de l'employeur
- adresse du travailleur
- n° de téléphone du travailleur

Cour provinciale

Renseignements pour exécuter une ordonnance alimentaire ou de garde d'enfants

- lieu de travail
- adresse ou emplacement du travailleur

Commission ontarienne des droits de la personne

Renseignements pertinents à une enquête

Code des droits de la personne de l'Ontario

Art. 32

Loi sur l'ombudsman

Par. 20 (1)

Bureau de l'ombudsman de l'Ontario

Révision des programmes de réadaptation professionnelle

Par suite d'un besoin d'adopter une approche plus globale à l'égard de la prestation des services de réadaptation professionnelle (RP), la Commission a entrepris la révision de ses programmes de RP. Quatre thèmes généraux seront l'objet de cette révision et toucheront les questions suivantes :

- la réintégration des travailleurs blessés dans le marché du travail; la façon de répondre aux besoins financiers et autres des travailleurs qui ne sont pas en mesure de réintégrer le marché du travail;
- l'élimination d'obstacles systémiques à l'emploi des travailleurs atteints d'invalidité; l'élaboration d'une approche intégrée et globale en vue d'aider les travailleurs atteints d'invalidité.

La portée et l'efficacité des programmes de réadaptation, de réintégration et d'équité en matière d'emploi de la Commission seront évaluées dans l'intention de les lier plus étroitement aux besoins des travailleurs et des employeurs de l'Ontario.

Les étapes initiales de la révision comporteront une recherche sur l'état actuel de la prestation des services de RP en Ontario et dans d'autres territoires, ainsi qu'une recherche sur les méthodes mises en oeuvre par les secteurs privés et publics pour identifier et analyser les tendances actuelles et futures du marché du travail et des perspectives d'emploi.

À l'aide des données provenant de ces recherches, la Commission pourra améliorer sa capacité d'aider les travailleurs à se fixer et à atteindre des objectifs de réadaptation à long terme. Cette révision visera entre autres à évaluer les avantages et désavantages des programmes de formation en place, à étudier le manque de compétences et à élaborer un plan de mise en oeuvre des nouvelles initiatives de formation. Des que les résultats de cette recherche et de cette analyse auront été évalués, une consultation d'envergure sera amorcée.

Virement automatique des allocations pour soins auxiliaires ... bientôt offert

Les travailleurs qui reçoivent une allocation pour soins auxiliaires¹ pourront bientôt prendre des dispositions pour que leurs paiements mensuels soient déposés directement dans leur compte de banque. Le mode de paiement par virement automatique assure aux travailleurs qui ont droit à l'allocation pour soins auxiliaires que leur versement sera fait à temps et de façon certaine. Les travailleurs qui choisiront cette option verront le dépôt de leur allocation effectué chaque mois au moment même que celle-ci est envoyée actuellement par la poste. Pour s'inscrire au mode de paiement par virement automatique, les travailleurs n'ont qu'à remplir un formulaire d'autorisation et le retourner au bureau central de la

Commission des accidents du travail à Toronto. Dès la réception de ce formulaire, la Commission amorcera le processus de virement automatique de l'allocation. La Commission fera bientôt parvenir à chaque travailleur qui reçoit une allocation pour soins auxiliaires des détails sur l'inscription au virement automatique. ☐ REMARQUE : L'allocation pour soins auxiliaires est versée aux travailleurs qui touchent une pension pour déficience permanente de 100 pour cent et qui requièrent quotidiennement des soins et de l'assistance à domicile. La Direction des politiques opérationnelles révisera l'allocation pour soins auxiliaires dans le cas des demandes d'indemnisation relevant de la Loi 162.

Révision de la politique sur les travailleurs des mines d'or (suite)

REMARQUES :

- ¹ *Bulletin des politiques*, Vol. 1 n° 1.
- ² R. A. Kuslak et al, «Carcinoma of the Lung in Ontario Gold Miners: Possible Aetiological Factors», *British Journal of Industrial Medicine*, (sous presse).
- ³ Politique 04-04-08 du *Manuel des politiques opérationnelles* (en cours de révision).

Avez-vous changé d'adresse?

Afin de nous assurer que vous recevez chaque numéro du *Bulletin des politiques* et de garder nos frais de poste à la baisse, nous devons tenir notre liste d'envoi à jour. Veuillez donc communiquer tout changement d'adresse au :

Responsable de la distribution des manuels
Publication des politiques
Commission des accidents du travail
2, rue Bloor Est, 22^e étage
Toronto (Ontario) M4W 3C3
(416) 927-4941

L'abonnement au *Bulletin des politiques* est gratuit sur demande à l'adresse susmentionnée.



Révision de la politique sur les travailleurs des mines d'or

- dix ans de travail dans une mine poussiéreuse, soit avant ou après 1945;
- durée importante du travail dans une mine poussiéreuse et contenant de l'arsenic;
- durée du travail dans une mine où sont présents les produits de désintégration du radon.

Éléments de persuasion

Toutefois, cette liste de facteurs n'est aucunement exhaustive en ce qui a trait aux possibilités d'établir le lien de causalité avec le travail : les décideurs doivent prendre en compte le fond du droit et l'équité de chaque cas, et ce, indépendamment du fait que l'élément «de persuasion» figure sur la liste ou non. Par conséquent, toute autre preuve plausible sur le plan biologique indiquant que le cancer du poumon dont est atteint un travailleur en particulier est relié au travail dans une mine d'or ou toute preuve indiquant une exposition suffisante en milieu de travail est retenue lors du processus décisionnel.

Les décideurs ne doivent pas considérer, de façon isolée, les différentes manières d'établir qu'il y a eu exposition suffisante en milieu de travail.

Les travailleurs peuvent avoir été exposés à des mines d'or poussiéreuses, de l'arsenic et du radon au cours de différentes périodes de leur vie professionnelle. Il faut prendre en compte les facteurs de contribution associés à tout genre d'exposition reliée au travail et non reliée au travail lorsque l'on fait une estimation du risque global de contracter un cancer du poumon relié au travail.

Fond du droit

La politique révisée permettra aux décideurs de prendre entièrement en considération le fond du droit de chaque cas.

Le 8 janvier 1988, le conseil d'administration de la CAT approuvait une politique sans précédent qui prévoyait l'indemnisation des travailleurs des mines d'or de l'Ontario atteints d'un cancer attribuable à des risques dans le lieu de travail.¹ Influencé en partie par de nouvelles données scientifiques présentées dans une étude financée conjointement par le ministère du Travail de l'Ontario, la Commission de contrôle de l'énergie atomique du Canada et la CAT, le conseil d'administration approuvait le 29 août 1991 des modifications à la politique de 1988.

Fondée sur 334 décès reliés au cancer du poumon entre 1955 et 1986, cette étude

- confirme les constatations antérieures selon lesquelles l'incidence du cancer du poumon est plus élevée chez les travailleurs employés avant 1946 dans les mines d'or;
- pose comme postulat que les produits de désintégration du radon (exposition à la radiation) et l'arsenic constituent des agents de causalité probables du cancer du poumon;
- soutient la possibilité que l'exposition à la poussière de silice cause le cancer du poumon chez certains travailleurs des mines d'or.

Éléments de preuve

Ces nouvelles données ont été intégrées dans la politique révisée et dorénavant, seuls des éléments de preuve appuyant la présence d'un cancer du poumon et une attestation d'emploi en tant que travailleur dans une mine d'or seront considérés comme «nécessaires» pour établir un lien de causalité avec le travail. Toutefois, de nouveaux éléments de preuve seront considérés à titre d'éléments «de persuasion» dans l'établissement d'un lien de causalité, y compris avec le travail.

Expositions d'avant 1915

La Loi sur les accidents du travail a pris effet le 1^{er} janvier 1915 et prévoit l'admissibilité à des indemnités dans le cas de lésions accidentelles qui ont été subies ou de maladies professionnelles qui ont été contractées après cette date. Toutefois, contrairement à un événement traumatique ayant une cause et un effet immédiat, il n'est pas toujours possible d'établir avec certitude le moment précis où un travailleur a contracté une maladie professionnelle : il se peut que le dommage ait été causé longtemps avant même que les symptômes de la maladie ne deviennent apparents. En raison de cela et à la lumière de l'étude sur le cancer du poumon chez les travailleurs des mines d'or, les administrateurs de la Commission ont approuvé le 22 mai 1991 une politique portant sur la détermination de l'admissibilité à des indemnités en ce qui a trait aux demandes pour maladies professionnelles associées aux expositions d'avant 1915.

Conformément à cette politique, tous les travailleurs qui, avant 1915, ont été exposés au cours de l'emploi à des conditions ou à des substances reliées à une maladie professionnelle et dont la maladie s'est manifestée après le 1^{er} janvier 1915 devraient demander que leur cas soit étudié en vue de déterminer leur admissibilité à des indemnités.

Bien que cette question ait d'abord été soulevée à l'endroit des travailleurs des mines d'or atteints d'un cancer du poumon, la politique s'applique à toutes les demandes d'indemnisation pour maladies professionnelles qui supposent une exposition d'avant 1915. □



Le Bulletin des politiques est imprimé sur du papier recyclé, exempt d'acide et ce, sans frais supplémentaires.

CADON
L 90
-P 56

POLICY REPORT



Workers'
Compensation
Board

Commission
des accidents
du travail

December 1991

Vol. 4 No. 8

Independent Operators

Who is an independent operator? That's the question Board administrators, in consultation with industry representatives, have been grappling with for the past 3 years. Finally the matter has been sorted out. Effective January 1, 1992, the WCB will use a legal test called the "Organizational Test" to determine, on a case-by-case basis, whether individuals who are commissioned or contracted to do work or provide services for other individuals or firms are, in fact, workers or independent operators.

First and foremost, it is important that individuals who engage in independent operator type of work, and the firms or individuals who engage them, know, up front, where they stand in matters of workers' compensation. From the Board's point of view, its decision-makers must be able to determine whether or not the business relationship is that of employer-worker or independent operator-purchaser: who should be paying employer assessments; who is eligible for benefits as injured workers; and who, as independent operators, should be applying to the Board for workers' compensation coverage?

According to s.1(1)(m) of the *Act*, an independent operator is "a person who carries on an industry set out in Schedule 1 and who does not employ any workers for that purpose." From this description, it is given that an independent operator cannot be an employer. And, now, with industry-specific questionnaires to be completed by individuals who provide, and who purchase, services in construction, courier, logging, retail, taxi, and trucking industries on a contract or an independent operator basis, there is information enough for Board decision-makers to determine who is an employer, a worker, or an independent operator.

In this article, and in the guidelines which will shortly appear in the *Operational Policy* manual, specific terminology is used:

"**purchaser/principal**" is the party, firm, or person who commissions the work or service. (This person may be found to be an employer.)

"**individual**" is the provider of the work or service. (This person may be found to be a worker.)

"**worker**" is, as intended by the *Act* [s.1(1)(z)], entitled to compensation for work-related injury

"**employer**" is, as intended by the *Act* [s.1(1)(k)], "liable to contribute to the accident fund...[s.4]".

To establish the business relationship, and thus the status of the individual, decision-makers will examine determining criteria (which will be gleaned from the responses to the questionnaires).

Examples of the general criteria used are listed in the chart on page 2. The statements in the columns Independent Operator – Purchaser/Principal and Worker – Employer – are indicative of the business relationship. Board decision-makers review the criteria and statements to determine if the individual has a separate business which is not integrated into the organization of the firm for which the work/service is provided. No worker and no independent operator is likely to have all the attributes in the respective columns. No single statement, on its own, should lead to the determination of status, but the statements, when considered in conjunction with all other features of the work relationship, should give a clear indication of status. However, every decision made, pursuant to this policy, must be made in accordance with the real merits and justice of the case.

For the purposes of entitlement, the Organizational Test applies to

all decisions made on or after October 1, 1990. For assessment purposes, the effective date is January 1, 1992.

Individuals who work as independent operators, and purchasers of independent operators' services, may request questionnaires appropriate to their business, by calling within the Toronto region, (416) 926-8333, or 1-800-265-2418, toll free, from outside the region. The questionnaires are self-explanatory and self-scoring. If the results of the completed questionnaires show that the individuals are workers, the employers are liable to pay assessments to the Board, and will be notified. If the results of completing the questionnaires show that the individuals are independent operators, they must sign their questionnaires and submit them to the Board. The Revenue Branch will review the information and notify the individuals of their status.

Because **independent operators are not automatically covered**, they must apply for their own account number and personal coverage, if they want it. (The option of applying and paying for personal coverage through the purchaser's/principal's account will not be available once the status of independent operator is made.) There is a section on the questionnaires where those who score as independent operators can indicate their wish to apply for personal coverage or a WCB number. ☐

*Best
Wishes*

GUIDELINES FOR DETERMINING INDEPENDENT OPERATOR (IO) STATUS

Independent Operator – Purchaser/Principal Relationship

- IO agrees to do the commissioned job and is responsible for its satisfactory completion; is legally obligated to pay for damages or loss of income sustained by the purchaser for failure to complete the work satisfactorily.
- IO negotiates with purchaser when the work/service is to be provided and works to own schedule to deliver.
- IO controls own hours and days of work.
- IO may provide work/service to more than one purchaser; is free to schedule work.
- IO may choose to work away from purchaser's premises; may use own premises to do work for purchaser.
- IO is not required to follow purchaser's instructions as to how the work is done or the sequence or order in which it is done - may use own methods.
- IO is not obliged to provide personal service – may arrange/contract others (independent operators) to do the work without the purchaser's consent. (Note: If an IO hires workers, the IO immediately becomes an employer and must register with the WCB as such.)
- IO invoices purchasers on own behalf; collects and pays GST and other applicable taxes on own behalf.
- Purchaser does not have a continuing need for the IO's services.
- IO negotiates amount and manner of payment with purchaser on a contract by contract (or commission) basis.
- Purchaser does not deduct UIC, CPP, insurance, income tax, etc., from payments made to IO.
- IO has the opportunity of making a profit or suffering a business loss through provision of work/service to purchasers.
- IO bears the costs of doing business: purchases/leases/rents materials, tools, equipment; maintains and repairs equipment; operates equipment; financing; licenses; insurance.
- IO makes, and has the legal right to make, own business decisions and such decisions have a significant influence on the IO's profits or losses; decisions made by purchaser have little or no impact on the IO's profits or losses.
- IO holds licences required to do the work.
- IO undertakes advertisement and marketing of own services to potential purchasers.
- The IO's relationship with a purchaser is not governed by a collective agreement.
- Revenue Canada has made an official ruling that the individual is **not** a worker under the *Canada Pension Plan* and the *Unemployment Insurance Act*.

Worker – Employer Relationship

- The worker or employer may terminate the relationship at any time without legal penalty for breach of contract.
- Worker complies with employer's instruction as to when work is done.
- Employer sets hours and days of work and worker complies.
- Worker usually works for only one employer full time; must devote the time specified as work hours for the employer's work only.
- Employer owns/controls worksite where work is performed; worker complies with instruction as to where the work is performed.
- Worker complies with employer's instruction as to how the work is done and the order or sequence in which it is done; is trained or supervised in the methods of the employer.
- Worker does the work personally for the employer; may not hire others to do the work, without employer's consent.
- Worker performs services on behalf, or as a representative, of the employer; invoices customers on employer's behalf; collects GST and other applicable taxes for employer.
- Employer has a continuing need for the worker's services. (A firm has a continuing need for a service if all personnel who perform such services, collectively, spend more than 40 hours per month, on average, doing the work, or if the work continues full-time for more than 4 months.)
- Worker is paid by the employer a sum decided on by the employer, in regular amounts, at specified intervals.
- Employer deducts UIC, CPP, insurance, income tax, etc., from worker's pay.
- A worker does not, necessarily, share in the profits or losses of the employer.
- Employers, not workers, bear the costs of doing business.
- Workers make business decisions that have insignificant impact on their opportunity to make profits or losses.
- Employer, not the worker, holds licences to do the work.
- Employer is responsible for advertising and marketing goods and services in newspapers, telephone and business directories, etc.
- Worker's relationship with employer is governed by a collective agreement.
- Revenue Canada has ruled the individual to be a worker under the *Canada Pension Plan* and the *Unemployment Insurance Act* or has made no ruling on worker's status.

NEL Implementation Issues

The implementation of new policies such as those concerning Non-Economic Loss (NEL) inevitably raises questions about the new policies and their effect on existing policies. In *Policy Report* Vol. 4 No. 5, we provided a general outline of NEL; below we answer some of the specific questions that have arisen on the subject.*

Q: For a worker entitled to NEL benefits, when does entitlement to benefits begin?

A: Entitlement to NEL benefits begins on the date the worker reaches Maximum Medical Recovery (MMR) (see *Operational Policy (OP) manual* 05-03-11).

Q: Does the Board pay interest on NEL benefits that have been delayed?

A: If a NEL lump sum has been delayed, the Board pays interest from the date of MMR.

If monthly NEL benefits have been delayed the Board pays interest from the first standard due date in the month following MMR.

Q: Is there a time limit by which a worker must decide whether to receive NEL benefits as a lump sum or on a monthly basis?

A: If a worker's NEL benefit is greater than \$10,000 the worker may at any time choose to receive it as a lump sum rather than in monthly payments. NEL benefits \$10,000 or less are paid as a lump sum.

Q: Can NEL benefits which have been commuted to a lump sum be converted back to monthly payments?

A: The Board does not revoke commuted payments in favour of monthly payments because doing so would require workers to pay

back the commuted amount plus applicable interest in order to reconstitute NEL benefits.

Q: If a worker is unable, because of the work related injury/disease, to decide on the method of NEL payment (monthly or lump sum), who makes that decision?

A: Those parties falling within the scope of the Board's policy on trustees decide the method of payment (see *OP manual* 05-01-05).

Q: How does the Board pay NEL benefits after a worker's degree of permanent impairment has been re-determined?

A: The Board recalculates and pays NEL compensation, less benefits already paid to the worker, according to the following rules

- If the recalculated NEL compensation, plus that already paid is \$10,000 or less, the balance is paid as a lump sum.
- If the initial NEL benefit was \$10,000 or less, and the cumulative NEL amount is over \$10,000, the worker has a choice of method of payment, lump sum or monthly payments.
- If the initial amount of NEL compensation was over \$10,000 the balance of the cumulative amount is paid according to the existing method of payment.

Q: Are NEL benefits subject to annual indexing?

A: The base dollar amounts [s.45(2)] used to calculate NEL benefits and monthly NEL benefits paid after January 2, 1990, are indexed annually.

Q: What happens to the balance of NEL benefits when a worker who has been receiving NEL benefits

in the form of monthly payments, dies?

A: NEL benefits end when a worker who has been receiving monthly payments dies.□

* For a detailed description of the NEL policies see documents 05-06-02 to 05-06-10 in the *OP manual*.

London Region Tests New Form 7

From January 1, 1992 to March 31, 1992 the Board's London Regional Office will be testing a new Form 7. The new form, called the "Employers' Report of Injury/Disease Form 7", will be used by London area employers when reporting work-related injury/disease to the Board. In consultation with Board stakeholders, the form has been expanded to 2 pages and redesigned to accommodate more details of the injury or disease.

After March 31, 1992 these employers will resume use of the old Form 7 while the results of the test are evaluated.

Contact the Consultation Branch at 1-800-387-0750 ext. 8689 to obtain a sample of the Form 7.□

Did you know that...

employers may be found in breach of their re-employment obligation if alternative work offered to a worker is not covered under the same collective agreement as the worker's pre-injury job?

For other factors considered in determining whether the re-employment obligation is met see *OP manual* 07-05-09.

Policy Publications – 1991 Review

This issue of *Policy Report* marks our 4th year of publishing and distributing policy information to the Board's internal and external stakeholders.

Policy Report

Service delivery improved significantly in 1991 with the publication of 8 issues of *Policy Report*, as opposed to 6 issues in each previous year. We hope to continue publishing *Policy Report* at this rate to our 7400 readers.

The August issue which dealt with Vocational Rehabilitation (VR), and the September Future Economic Loss (FEL) and Non-Economic Loss (NEL) issue, received many favourable comments from our readers. The VR issue included a 3 page flow chart which described the VR process from the date of accident to the achievement of the VR goal. This issue was reprinted twice to meet the demand for extra copies.

For our readers interested in the Board's consultation process, *Policy Report* now contains information on scheduled public hearings conducted by the Consultation Branch. Stakeholders are invited to send in written submissions on policy proposals and to attend the

hearings in which they have an interest.

Finally, an updated index of articles published to date is enclosed with this issue.

The Operational Policy Manual

Seven transmittals of policy manual documents, consisting of 44 new, and 150 revised documents, were printed and distributed to our 2700 internal and external subscribers in 1991. Of particular interest were the 20 new documents dealing with NEL and FEL.

For our internal manual subscribers Policy Publications has been working on a project to put the manual and the Act on-line using INQUIRE/Text software. When the project is complete, Board decision-makers will have instant access to the manual through their computer terminals. At the same time Policy Publications staff will be able to make revisions to existing documents, and add new documents to the manual shortly after the revisions and new documents are approved. The OP manual is currently available on-line to Operational Policy Branch staff and is expected to be available to decision-makers in the ISUs in the first quarter of 1992.

WCB Bilingual Lexicon

1991 also saw the completion of the 2nd edition of the Board's Bilingual Lexicon, a useful reference tool containing terms drawn from Board operations and some medical abbreviations not usually found in general bilingual dictionaries. Call 927-4941 for details.

From the staff of Policy Publications, Operational Policy Branch, we wish you a happy, healthy holiday season and a prosperous New Year. □

Attention Schedule 2 employers

The WCB pays Future Economic Loss (FEL) benefits directly to workers on a monthly basis. As a Schedule 2 employer, please do not pay your workers this benefit directly. For more information, contact the Complex Case Unit – Injuries at (416) 927-8399 or 1-800-465-5538. □

Has your address changed?

To ensure you receive each issue of *Policy Report*, and to keep our mailing costs down, we need to keep our distribution system up-to-date. Please submit any changes in your mailing address to:

**Manuals Distribution Specialist
Policy Publications
Workers' Compensation Board
2 Bloor Street East, 22nd Floor
Toronto, Ontario, M4W 3C3
Telephone: (416) 927-4941**

Subscriptions to *Policy Report* are free on request to this address.

POLICY REPORT

Policy Report is published under the authority and direction of the Operational Policy Branch of the Workers' Compensation Board. If there is any conflict between the statements contained in this publication and the *Workers' Compensation Act* and/or Board approved policy documents, the Act or the approved document governs.

Comments or inquiries should be addressed to:

Editor
Policy Report
Operational Policy Branch
Workers' Compensation Board
2 Bloor Street East, 22nd Floor
Toronto, Ontario, M4W 3C3

Graphic Production:
Graphics Services
Communications

Index du Bulletin des politiques

Sujet	Volume	Numéro	Sujet	Volume	Numéro
I			P		
Indemnités d'invalidité totale temporaire versées - 1915 à 1988	1	2	Paiement des pensions hors du Canada	2	5
Indemnités en cas de récidive	4	2	Paiement (échelonné) des cotisations	3	5*
Indemnités en 1991	4	1	Paiement excédentaire	2	5
Indemnités supplémentaires	1	1	- recouvrement automatique	3	5
Indemnités versées aux étudiants et apprentis ou stagiaires	4	1	Paiements d'indemnisation en retard	2	2
Information - accès	1	1	- intérêts payés par la Commission	2	2
Infraction à la Loi	1	3	Paragraphe 91 (7) et la tarification par incidence	1	6
- augmentation des amendes	3	3	PÉF et les autres indemnités	4	6
Intérêts sur les paiements d'indemnisation en retard	2	2	Pénalités relatives au rengagement	1	1
Interviews et inspections du milieu de travail	3	6	Pension - capitalisation	2	2
Invalidité attribuable à la douleur chronique (IDC)	1	6	Personnel de la CAT comme témoin d'audience	3	4
- modifications apportées à la politique "Invalidité" et "événement fortuit"	1	6	Perte économique future (PÉF)	4	6
			- autres indemnités	4	6
L			- indemnité pour PÉF	4	5
Lenquête bilingue de la CAT	1	5	- présomption	4	5
			Perte non économique (PNÉ)	3	5*
Lens de causalité avec le travail	3	1	- barème de taux	2	4
			- indemnité	4	5
Litige	1	2	Politique sur la base salariale	2	4
Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée	2	4	Politique sur la déficience auditive	1	3
Loi sur les accidents du travail - où se procurer la Loi?	1	1	Politique sur les demandes d'indemnisation des travailleurs des mines d'or	3	6
Loi 162	1	1	Politique sur le recouvrement	2	1
			Politique sur les soins auxiliaires (révisée)	3	6
M			Politique sur les travailleurs des mines d'or	4	7
Maladies professionnelles	4	7	Politique sur l'IDC	3	1
- expositions d'avant 1915	2	4	Politiques découlant de la Loi 162	1	1
Manuel des politiques administratives	3	6	Politiques récentes sur la réadaptation professionnelle	1	2
Milieu de travail - interviews et inspections	3	6	Politiques relatives au système informatisé d'indemnisation des travailleurs	2	2
Mise à l'essai du formulaire 7	4	8	Politiques sur les troubles de la douleur chronique et la réactivité	1	1
Modification du programme relevant du paragraphe 91 (7)	3	2	Pompier forestier	2	6
Modifications apportées à la politique sur l'IDC	3	6	Présomption de PÉF	3	4
Modifications de la politique relative à l'article 54	1	5	Prestations de retraite	2	1
N			Prestations de survivant	4	1
Nouvelle politique sur le recouvrement	3	6	Preuves - utilisation des enregistrements et des photographies	4	1
Nouvelle stratégie d'indemnisation	2	2	Prise de décision au moment opportun	4	1
Numéros de télécopieur de la Commission	4	2	Processus de consultation	1	2
O			- Amendes prévues aux termes du par 91 (7)	2	3
Obligations de la Loi 162	4	2	- Article 45a	3	3
- conformité de la CAT	4	6	- Facteurs de stress au travail	4	1
Obligations de rengagement	4	8	- FGTR	4	1
Obligations des employeurs - déclaration de la masse salariale et amendes	2	5	- Formulaires 6 et 7	4	1
Organismes gouvernementaux et protection de la vie privée	4	7	- Lens de causalité avec le travail	3	2
Où se procurer la Loi?	4	3	- Loi 162	3	4
			- Tableau des médecins	3	2
			Programme relevant du paragraphe 91 (7)	2	1
			Programme Sécurité avant tout	2	1
			- mise à jour	3	2
			Progression du processus de consultation	3	5*
			Projets relatifs aux politiques	1	4
			Protection de la vie privée et organismes gouvernementaux	4	7
			Protection de l'identité du travailleur	1	2
			Protection des travailleurs qui ne résident pas en Ontario	1	3

Index du Bulletin des politiques

Sujet	Volume	Numéro	Sujet	Volume	Numéro
P			S		
Protection offerte aux travailleurs agricoles migrants	1	3	- Exonération des coûts associés à la PNÉ et PÉF	4	6
Publication des politiques	3	6	- Exonération des coûts associés au supplément 135 (4)	4	7
- Rétrospective de 1990	4	8	- Intérêts sur les paiements d'indemnisation en retard	3	2
- Rétrospective de 1991	2	6	- Obligations de rengagement et convention collective	4	8
- Revue de l'année 1989	2	6	Sécurité avant tout	3	2
Q			Services de bibliothéconomie	1	6
Question des liens de causalité avec le travail entraîne une étude approfondie sur l'admissibilité	4	1	Services en français	2	1
Question en litige	3	2	Soins médicaux hors province	2	1
Questions sur l'indemnité pour PNÉ	4	8	Stratégie de communication	2	3
R			Stratégie d'indemnisation	2	2
Rapport sur les modifications apportées à la politique sur l'IDC	3	6	Stratégie du revenu	4	2
Rapports des travailleurs	3	1	Stress	1	3
Réadaptation professionnelle	4	7	Suicide suivant une lésion professionnelle	1	6
- politiques récentes	3	2	Suppléments - calcul	2	1
- révision des programmes	4	7	Suppléments des travailleurs à temps partiel	1	3
- survol	4	4	Survie	1	3
Révisée - admissibilité aux indemnités	4	2	Survol de la réadaptation professionnelle	4	4
Recouvrement automatique des paiements excédentaires	2	5	Système de primes d'encouragement	1	6
Recouvrement - nouvelle politique	3	6	Système d'évaluation fondé sur le mérite et tarification par incidence	1	6
Règlement proposé sur l'industrie de la construction - rengagement des travailleurs blessés	4	3	Tarifcation par incidence et le paragraphe 91 (7)	1	6
Rémunération des travailleurs	3	1	Tarifcation par incidence et système d'évaluation fondé sur le mérite	1	6
Remboursement des frais engagés par les travailleurs	3	1	Témoin d'audience - personnel de la CAT	3	4
Rengagement	4	8	Temporaires et contractuels - rengagement des travailleurs blessés	4	3
- conventions collectives	4	8	Travailleurs agricoles migrants	1	3
- obligations	4	1	Travailleurs décédés	3	3
- pénalités et versements	4	1	- rapports	1	1
- règlement proposé sur l'industrie de la construction	4	3	Travailleurs des mines d'or	1	1
- temporaires et contractuels	4	3	Travailleurs des mines d'or - demandes d'indemnisation	1	1
- travailleurs blessés	4	1	- révision de la politique	4	7
Renseignements médicaux	2	6	Travailleurs qui ne résident pas en Ontario	3	1
Renseignements personnels sur les travailleurs décédés	3	1	Travailleurs - réintégration	2	1
Rétrospective de 1990	4	8	Troubles de la douleur chronique	3	3
Rétrospective de 1991	4	8	- mise à jour, réactivité	1	5
Réunions publiques du Service des consultations	4	7	Troubles de la douleur chronique et fibromyalgie	1	5
Réunions sur les taux de cotisation	4	3	U		
Révision de la politique sur les travailleurs des mines d'or	4	7	Usage excessif de drogues	3	2
Révision des programmes de réadaptation professionnelle	4	7	Utilisation des enregistrements et des photographies comme preuves	4	2
Revue de l'année 1989	2	6	V		
S			Vêtements - allocations	3	2
Saisie-arrêt au titre des aliments versés à la famille	3	5*	Virement automatique des allocations pour soins auxiliaires - bénéfice offert	4	7
Saisie-exécution	1	5	W		
Santé et sécurité au travail	1	5	Veillez noter qu'une erreur s'est glissée dans l'impression du Bulletin des politiques d'octobre 1990 : dans la section française de ce bulletin on devrait lire vol. 5, n° 5 plutôt que vol. 5, n° 3.		
Saisie-vous que	1	5			
- Admissibilité des professionnels de la santé à des indemnités	1	6			

Policy Report Index

For those of you who collect issues of *Policy Report*, this index is provided to give you quick access to the articles

Subject	Vol. No.	Issue	Subject	Vol. No.	Issue
A			C		
Access - Information	1	1	Collective Agreement & Re-Employment Obligations	4	8
Access - Medical Information	2	6	Community Clinics	4	2
Acts of Heroism, Rescue and Goodwill	1	4	Commutation of Pensions	2	2
Adjudication Strategy	2	2	Communication Strategy	2	3
Allowances - Clothing	3	2	Compensation for Future Economic Loss (FEL)	4	5
Alternative Work, Collective Agreements & Re-Employment Obligations	4	8	Compensation for Non-Economic Loss (NEL)	4	5
AMA, Guides to the Evaluation of Permanent Impairment	4	1	Compliance with Bill 162	4	2
Anonymity - Workers'	3	2	Construction Industry Regulation - Re-Employment	4	3
Apprentices, Learners or Students, Benefit Changes	4	1	Consultation in Progress	4	5
Arrears - Garnishments for Family Support	3	5	Consultation Invited	3	2
Assessment Rates - Meetings	4	3	- Work-Relatedness	3	2
Assessments - Phased Payment Plans	3	5	- Workplace Stressors	3	2
Assessments Under Appeal Held in "Suspense"	4	3	- "45's"	3	5
Attendant's Allowance	2	3	- Medical Services	3	4
Direct Deposit	4	7	Consultation Process	1	2
Attendant's Allowance Revised	2	1	Consultation Process Continues to Evolve	3	5
Attention Late-Filing Employers - Policy Increases Fines	3	5	Consultation Unit	4	2
Automatic Overpayment Recovery	2	5	- Public Meetings	4	7
			Contract & Temporary Help Workers - Re-Employment	4	3
			Coverage for Non-Residents	3	3
			CPD, Changes to	3	6
B			D		
Bank Charges on NSF Cheques	3	1	Deceased Workers' Personal Information	3	1
Benefit Changes for Students, Apprentices or Learners	4	1	Decision-Making, Timely	4	1
Benefit Increases for 1991	4	1	Decision Review Branch Decentralizes	2	1
Bilingual Lexicon	4	7	Delayed Benefits - Board Pays Interest	2	2
Bill 162 Consultation	2	6	- Revised	3	2
Bill 162 Policies	3	1	Dement Systems & Experience Rating	1	6
Board FAX Numbers	4	2	Did You Know...	3	6
Buying the ACT	4	3	(Health-Care Worker Entitlements)	3	6
			(Re-Employment & Collective Agreements)	4	8
C			"Disability" and "Chance Event"	1	6
CAD 7 - Notice To Employers	3	4	Disclosure - Medical Information	2	6
Calculating Supplementary Awards	2	6	Dispute - Issue in	3	2
Cancer, Gold Miners Claims Policy	1	1	Direct Deposit - Attendants Allowance	4	7
"Chance Event" and "Disability"	1	6	Drugs - Excessive Use	3	2
Changes to CPD	3	6			
Chronic Pain Disability	3	6	E		
Chronic Pain Disorder	2	3	"Employers" and "Successor Employers"	3	5
- Update, Retroactivity	3	3	Earnings Basis Policy	2	4
- Changes to Rating Schedule	3	6	Employer Reporting Obligations and Penalties	2	1
Chronic Pain Disorder/Fibromyalgia	1	5		2	5
Clinics, Community	4	2	Employer, Re-Employment Obligations	4	6
Clothing Allowance	2	2	Employer's Report of Injury/Disease		
- WBS Policy Changes	2	2	Form 7, London Region Tests	4	8
Clothing Allowances	3	2			
Collections Policy	3	6			

Policy Report Index

Subject	Vol. No.	Issue	Subject	Vol. No.	Issue
E			I		
Entitlement, Review of	4	3	Inspections & Interviews at Worksites	3	6
Evidence, Recordings or Photographs used as	4	2	Integration of Policy Manuals	1	2
Excessive Drug Use	3	2	International Reciprocal Agreements	2	6
Expenses - Funeral	3	4	Interest on Delayed Benefit Payments	2	2
Experience Rating & Dement Systems	1	6	Interviews - Workers at Work-Site	3	6
Experience Rating and 91(7) News	3	6	Issue in Dispute	3	2
Exposure to Industrial Disease, Pre-1915	4	7			
			L		
F			Late Filing Employers - Fines	3	5
Farm Workers - Migrant	1	3	Learners, Students & Apprentices, Benefit Changes	4	1
FAX Numbers, Board	4	2	Lexicon - WCB Bilingual	1	5
FEL & Other Benefits	4	6		2	1
FEL Presumption	4	5	Liability - Unfunded	3	3
Fibromyalgia/Chronic Pain Disorder	1	3	Library Services	1	6
Fines, Non-Compliance to Act	3	5	London Region Tests		
Late Filing Employers	3	5	New Form 7	4	8
Firefighters - Forest	2	6			
Form 6 & 7, Consultation	4	1	M		
Form 7, London Region Tests	4	8	Medical Appointments		
Future Economic Loss (FEL), Compensation for	4	5	- Workers' Expenses	3	4
Freedom of Information and Protection of Privacy Act (FIPPA)	2	4	Medical Information - Access		
French Services	1	6	- Disclosure	2	6
Funeral Expenses Increased	3	4	Migrant Farm Workers' Coverage	1	3
G			N		
Garnishments for Family Support Arrears	3	5	NEL Implementation Issues	4	8
Gold Miner's Claims Policy	1	1	New Board Policy on Collection Activities	3	6
Gold Miner's Policy Review	4	7	New Form 7, London Region Tests	4	8
Goodwill, Acts of	1	4	NSF Cheques - Bank Charges	3	1
Guide Dog Allowance Increased	4	1	Non-Economic Loss (NEL), Compensation for	4	5
			Non-Economic Loss Schedule	3	5
H			Non-Residents Coverage	3	3
Harmful Medical Information	2	6	Non-Compliance to Act - Fines	1	3
Health Care - Out-of-Province	2	1			
Health Care Worker - Entitlements	3	6	O		
Hearing Loss Policy	1	3	Occupational Disease, Pre-1915 Exposures	4	7
Hearings - WCB Staff as Witnesses	3	4	Operational Policy Branch	1	1
Hearings Branch - Extended Hours	4	2	Operational Policy Manual	2	4
Heroism	1	4	Operations, Independent	4	8
			Out-of-Province - Health Care	2	1
I			Outside Canada - Pension Payments	2	5
Incentive System	1	6	Overpayment - Automatic Recovery	2	5
Independent Operators	4	8			
Information - Access	1	1	P		
	1	3	Part-Time Workers Supplements	2	2
Information - Freedom of	2	4	Payments & Penalties, Reinstatement	4	1

Policy Report Index

Subject	Vol. No.	Issue	Subject	Vol. No.	Issue
P			S		
Penalties & Payments, Reinstatement	4	1	Significant Medical Information	2	6
Pension – Retirement Benefits	3	4	Strategic Policy and Analysis Division	1	4
Pension Commutation	2	2	Stress	1	3
Pension Payments Outside Canada	2	5	Stressors – Workplace	2	3
Permanent Impairment Regimes	4	1	Students, Apprentices or Learners, Benefit Changes	4	1
Personal Information – Deceased Workers'	3	1	Successor Employers	3	5
Phased Payment Plans for Assessments	3	5	Suicide following Work-Related Injury	3	1
Photographs or Recordings used as Evidence	4	2	Supplementary Awards – Calculation	2	6
Policies – Bill 162	3	1	Supplementary Benefits – Update	1	1
Policy – Gold Miners' Claims	1	1	Supplements to Part-Time Workers	2	2
Policy Manuals Integration	1	2			
Policy Projects	1	4	T		
Policy Publications			Temporary Help & Contract Workers – Re-Employment	4	3
– 1989 Review	2	6	Temporary Total Disability Payments – 1915 to 1988	1	2
– 1990 Review	3	6	Travel Expenses	1	2
– 1991 Review	4	8			
Pre-1915 Exposures – Industrial Disease	4	7	U		
Presumption, FEL	4	5	Unfunded Liability	3	1
Protection of Privacy and Freedom of Information	2	4			
R			V		
Reciprocal Agreements – International	2	5	Vocational Rehabilitation (VR) Policies	3	2
Recordings or Photographs used as Evidence	4	2	VR – An Overview	4	4
Recurrent Problems, Entitlement for	4	2			
Re-Employment – Construction			W		
Industry Regulation	4	3	WCB Library Services	1	6
– Employment Obligations	4	6	WCB Bilingual Lexicon	1	5
– Temporary Help & Contract Workers	4	3		2	1
Re-Employment Obligations & Collective Agreements	4	8	Witnesses at Hearings – WCB Staff	3	4
Reinstated – Workers	3	1	“Work-Relatedness”	3	3
Reinstatement Penalties & Payments	4	1	Work-Relatedness		
Releasing Workers' Personal Information to Government Agencies	4	7	– Workplace Stressor Claims	3	3
Report on Changes to CPD	3	6	Work-Relatedness & Entitlement & Workplace Stressors	4	3
Reporting Obligations and Penalties – Employer	2	1	Workers to be Reinstated	3	1
	2	5	Workers' Anonymity	3	2
Retirement Pension Benefits	3	4	Workers' Benefit System Policy Issues	2	2
Revenue Strategy	2	3	Workers' Expenses for Medical Appointments	3	4
– Update	4	2	Workers', Personal Information to Government Agencies – Release of	4	7
S			Workers' Reports	3	3
Section 54 Policy Changes	1	5	Workplace Health and Safety	1	5
Section 91(7) Penalties	2	3	Workplace Stressors	2	3
Section 91(7) Revised	3	2		4	3
Section 91(7) & Experience Rating	3	6	Work-Site Interviews and Inspections	3	6
Seizure and Sale, Writs for	3	5	WORKWELL	2	1
SIEF Consultation	4	1	WORKWELL Update	3	2
SIEF, FEL & NEL	4	6	Writs for Seizure and Sale	3	5

Index du Bulletin des politiques

Pour ceux d'entre vous qui collectionnent les numéros du Bulletin des politiques, cet index vous permettra de repérer plus rapidement les articles que vous désirez consulter.

Sujet	Volume	Numéro	Sujet	Volume	Numéro
A			D		
Accès à l'information et protection de la vie privée	2	4	Demandes d'indemnités pour facteurs de stress au travail - liens de causalité avec le travail	3	3
Accès - information	1	1	Détermination du statut d'exploitant indépendant (EI)	4	8
Accords internationaux de réciprocité	2	5	Dettes non provisionnées	3	1
Actes d'héroïsme, de bienveillance et de secourisme	1	4	Direction des audiences - heures de bureau prolongées	4	2
Admissibilité aux indemnités en cas de récidive	4	2	Direction des politiques administratives	1	1
Admissibilité des professionnels de la santé à des indemnités	3	6	Direction relatives à la détermination du statut d'exploitant indépendant	4	8
Allocation pour chien-guide	4	1	Directives relatives aux suppléments à l'intention des travailleurs à temps partiel	2	2
Allocation pour soins auxiliaires			Division de l'élaboration de la politique générale et des services d'analyse	1	4
- échelle des activités de la vie quotidienne	2	3	Divulgaration de renseignements médicaux	2	6
- révision	2	1			
- virement automatique	4	7	E		
Allocations vestimentaires	3	2	Échelle des activités de la vie quotidienne	2	3
Amendes pour déclaration en retard	3	5*	Élimination plus rapide de la dette non provisionnée	3	1
Amendes pour infraction à la Loi	3	3	Employeur et employeur successeur	3	5*
Amendes prévues aux termes du paragraphe 91 (7)	2	3	Employeurs faisant partie de la méthode CAD7	3	4
Apprentis ou stagiaires - indemnités versées	4	1	Enregistrements et photographies comme preuves	4	2
Augmentation de l'allocation pour chien-guide	4	1	Étudiants et apprentis ou stagiaires - indemnités versées	4	1
Augmentation des amendes pour infraction à la Loi	3	3	"Événement fortuit" et "invalidité"	1	6
Augmentation des frais relatifs aux funérailles	3	4	Exonération des coûts associés à la PNE et PEF	4	6
Augmentation des indemnités en 1991	4	1	Exonération des coûts associés au supplément 135 (4)	4	7
Augmentation des prestations de survivant pour 1989	3	1	Exploitants indépendants	4	8
			Expositions d'avant 1915 aux maladies professionnelles	4	7
B			F		
Barème de taux pour perte non économique	3	5*	Facteurs de stress au travail - liens de causalité avec le travail	3	3
Bibliothéconomie - services de la CAT	1	6	Facteurs de stress au travail	2	3
Bref de saisie-exécution	3	5*		4	3
C			F		
CAD7 - avis aux employeurs	3	4	Fibromyalgie et troubles de la douleur chronique	1	5
Calcul des suppléments	2	6	Formulaire 7 - mise à l'essai	4	8
Cancer, politique sur les demandes d'indemnisation des travailleurs des mines d'or	1	1	Frais bancaires dans le cas de chèques sans provision	3	1
Capitalisation de pensions	2	2	Frais de déplacement	1	2
Chèques sans provision - frais bancaires	3	1	Frais engagés par les travailleurs - consultations médicales	3	4
Chien-guide - augmentation de l'allocation	4	1	Frais relatifs aux funérailles	3	4
Cliniques communautaires	4	2			
Compilation des manuels des politiques	1	2	H		
Conformité de la CAT aux obligations de la Loi 162	4	2	Hors du Canada - paiement des pensions	2	5
Consultation en cours	4	3	Hors province - soins médicaux	2	1
	4	5			
Consultations médicales - remboursement des frais engagés par les travailleurs	3	4	I		
Cotisations en suspens	4	3	IDC - modifications apportées à la politique	3	6
Cotisations - paiement échelonné	3	5*	Indemnisation de la déficience permanente	4	1
D			Indemnité pour perte économique future (PEF)	4	5
Décentralisation de la Direction de la révision des décisions	2	1	Indemnité pour perte non économique (PNE)	4	5
Déclaration de la masse salariale et amendes	2	1		4	8
	2	5			
Déclaration en retard - amendes	3	5*			
Déficience permanente - indemnisation	4	1			

Rétrospective de 1991 – Publication des politiques

deuxième édition du Lexique bilingue de la Commission, outil de référence utile étant donné qu'il contient des termes propres aux activités de la Commission ainsi que certaines abréviations médi-saite dans les dictionnaires bilingues généraux. Pour plus de détails, veuillez composer le 927-4941.

Le personnel des Services de publication des politiques de la Direction des politiques opérationnelles vous souhaite un joyeux Noël et une bonne et heureuse année. □

A l'attention des employeurs de l'annexe 2

La Commission verse directement aux travailleurs l'indemnité pour perte économique future (PEF) selon une base mensuelle. En tant qu'employeur de l'annexe 2, veuillez ne pas verser cette indemnité à vos travailleurs. Pour plus de renseignements, contactez l'USI – Dossiers complexes (lignes) au (416) 927-8399 ou au 1-800-465-5538. □

BULLETIN DES POLITIQUES

Veuillez adresser vos questions ou commentaires à :

Rédactrice

Bulletin des politiques

Direction des politiques opérationnelles

Commission des accidents du travail

22^e étage

2, rue Bloor Est

Toronto (Ontario)

M4W 3C3

Production :

Services graphiques

Communications

Finalement, le présent numéro comprend une mise à jour de l'index des articles publiés jusqu'à présent.

Manuel des politiques opérationnelles

En 1991, nos abonnés internes et externes ont reçu sept envois de documents; au total, 44 nouvelles politiques et 150 politiques révisées ont été imprimées et distribuées. Les 20 nouvelles politiques en matière de PNE et de PEF ont été d'un intérêt particulier. Pour nos abonnés à l'interne, le personnel des Services de publication des politiques travaille actuellement sur un projet qui permettra d'avoir un accès direct à une version informatisée du manuel et de la Loi grâce au logiciel appelé INQUIRE/Text. Lorsque le projet sera achevé, les décideurs de la Commission auront accès instantanément au manuel par l'intermédiaire de leur terminaux informatique. De la même façon, le personnel des Services de publication des politiques pourront réviser les documents existants et ajouter de nouveaux documents au manuel dès qu'ils seront approuvés. Le *Manuel des politiques opérationnelles* est actuellement offert en direct au personnel de la Direction des politiques opérationnelles et on prévoit que les décideurs dans les USI pourront y avoir accès au cours du premier trimestre de 1992.

Lexique bilingue de la CAT

C'est également en 1991 qu'a été achevée la mise à jour de la

Le présent numéro du *Bulletin des politiques* marque notre quatrième année de publication et de distribution aux personnes et groupes intéressés de la Commission, à l'interne comme à l'externe, de renseignements sur les politiques.

Bulletin des politiques

En 1991, le nombre de publications a augmenté considérablement : nous avons publié huit numéros du *Bulletin des politiques* comparativement à six numéros au cours de chacune des années précédentes. Nous espérons continuer de publier le *Bulletin des politiques* à ce rythme pour nos 7 400 lecteurs.

Le numéro du mois d'août qui traitait de la réadaptation professionnelle (RP), ainsi que le numéro de septembre sur la perte non économique (PNE) et la perte économique future (PEF) ont reçu un accueil favorable de la part de nos lecteurs. Nous avons inclus dans le numéro portant sur la RP un diagramme de trois pages décrivant le processus de RP, de la date de l'accident à l'atteinte de l'objectif de RP. Ce numéro a été imprimé à deux reprises afin de satisfaire à la demande.

Pour nos lecteurs qui s'intéressent au processus de consultation de la Commission, le *Bulletin des politiques* comprend maintenant des renseignements sur les audiences publiques prévues par la Direction des consultations. Les personnes et groupes intéressés sont invités à soumettre leurs observations écrites sur les énoncés de politique et à assister aux audiences qui les intéressent.

Avez-vous changé d'adresse?

Afin de nous assurer que vous recevez chaque numéro du *Bulletin des politiques* et de garder nos frais de poste à la baisse, nous devons tenir notre liste d'envoi à jour. Veuillez donc communiquer tout changement d'adresse au :

Responsable de la distribution des manuels

Publication des politiques

Commission des accidents du travail

2, rue Bloor Est, 22^e étage

Toronto (Ontario) M4W 3C3

(416) 927-4941

L'abonnement au *Bulletin des politiques* est gratuit sur demande à l'adresse susmentionnée.

Questions sur l'indemnité pour PNE

Q : Si, en raison de la lésion ou de la maladie reliées au travail, un travailleur est incapable de décider du mode de paiement de l'indemnité pour PNE (versements mensuels ou somme forfaitaire), qui prend cette décision?

R : Les parties qui, conformément à la politique de la Commission, sont désignées fiduciaires décident du mode de paiement (voir le *Manuel des politiques opérationnelles*, document 05-01-05).

Q : Comment la Commission verse-t-elle l'indemnité pour PNE à la suite d'une nouvelle détermination du degré de déficience permanente du travailleur?

R : La Commission calcule à nouveau l'indemnité pour PNE et verse celle-ci en tenant compte des indemnités déjà payées au travailleur, conformément aux règlements suivants :

• Si, à la suite du nouveau calcul, la somme de l'indemnité pour PNE et du montant déjà versé est inférieure à 10 000 \$, le solde est versé sous forme de somme forfaitaire.

• Si le montant initial de l'indemnité pour PNE était inférieur à 10 000 \$ et que le montant cumulé versé au titre de la PNE est supérieur à 10 000 \$, le travailleur a le choix du mode de versement (somme forfaitaire ou versements mensuels).

• Si le montant initial de l'indemnité pour PNE était supérieur à 10 000 \$, le solde du montant cumulé est versé selon le mode de versement en vigueur.

Q : L'indemnité pour PNE est-elle indexée annuellement?

R : Les montants de base [par. 45 (2)] servant au calcul de l'indemnité pour PNE et les versements mensuels effectués après le 2 janvier 1990 sont indexés annuellement.

Q : Qu'arrive-t-il au solde de l'indemnité pour PNE lors du décès d'un travailleur qui recevait l'indemnité sous forme de versements mensuels?

R : Le versement de l'indemnité pour PNE prend fin lorsqu'un travailleur qui recevait des versements mensuels décède. □

La mise en oeuvre de nouvelles politiques, comme celles en matière de perte non économique (PNE), soulève inévitablement des questions sur les nouvelles politiques et leurs effets sur les politiques en vigueur.

Dans le *Bulletin des politiques* vol. 4, n° 5, nous avons donné un aperçu de la PNE; nous répondons ci-dessous à quelques questions qui ont été soulevées à ce sujet.*

Q : Lorsqu'un travailleur a droit à une indemnité pour PNE, à quel moment l'admissibilité prend-elle effet?

R : L'admissibilité prend effet à la date où le travailleur atteint le stade du rétablissement médical maximum (RMM) (voir le *Manuel des politiques opérationnelles*, document 05-03-11).

Q : La Commission verse-t-elle des intérêts sur l'indemnité pour PNE si le paiement de celle-ci a été différé?

R : Si le paiement de l'indemnité pour PNE sous forme de somme forfaitaire a été différé, la Commission verse des intérêts à compter de la première date de versement du mois qui suit le RMM.

Q : Y a-t-il un délai dans lequel le travailleur doit décider de recevoir son indemnité pour PNE sous forme de somme forfaitaire ou de versements mensuels?

R : Si le montant de l'indemnité est supérieur à 10 000 \$, le travailleur peut choisir à n'importe quel moment de la recevoir sous forme de somme forfaitaire au lieu de versements mensuels. L'indemnité de moins de 10 000 \$ est versée sous forme de somme forfaitaire.

Q : L'indemnité pour PNE qui a été versée sous forme de somme forfaitaire peut-elle être convertie en versements mensuels?

R : La Commission ne change pas les paiements capitalisés contre les paiements mensuels parce qu'en faisant de la sorte, le travailleur serait obligé de payer la somme forfaitaire à la Commission plus les intérêts applicables afin de constituer de nouveau l'indemnité pour PNE.

Mise à l'essai du formulaire 7

* Pour obtenir une description détaillée des politiques relatives à la PNE, voir le *Manuel des politiques opérationnelles*, documents 05-06-02 à 05-06-10.

Du 1^{er} janvier 1992 au 31 mars 1992, le Bureau régional de London mettra à l'essai le nouveau formulaire 7. Les employeurs de la région de London rempliront ce nouveau formulaire intitulé «Avis de lésion ou de maladie (employeur) Formulaire 7» pour déclarer à la Commission les accidents reliés au travail. Par voie de consultation auprès des personnes et groupes intéressés de la Commission, le formulaire a été modifié; il compte maintenant deux pages et il a été conçu de sorte à permettre à l'employeur de fournir plus de détails sur la lésion ou la maladie.

Après le 31 mars 1992, les employeurs se serviront de l'ancien formulaire 7 pendant que les résultats de l'essai seront évalués.

Pour obtenir un exemplaire du formulaire 7, veuillez contacter la Direction des consultations au 1-800-387-0750, poste 8689. □

Saviez-vous

que ...

les employeurs peuvent être reconnus en violation de leur obligation de renversement si un autre emploi offert au travailleur n'est pas couvert en vertu de la même convention collective que celui qu'occupait le travailleur avant la lésion?

Pour connaître les autres facteurs pris en considération en vue de déterminer si un employeur satisfait à ses obligations de renversement, voir le *Manuel des politiques opérationnelles*, document 07-05-09. □

DIRECTIVES RELATIVES À LA DÉTERMINATION DU STATUT D'EXPLOITANT (EI)

Relation de travail travailleur – employeur

- Le travailleur ou l'employeur peut mettre fin à la relation de travail à tout moment sans que ne soit imposée une pénalité pour inexécution de contrat.
- Le travailleur se conforme aux directives données par l'employeur relativement au calendrier de travail.
- L'employeur fixe les heures et les jours de travail, et le travailleur s'y conforme.
- Le travailleur travaille habituellement à plein temps pour un seul employeur; il doit consacrer le temps précisé comme heures de travail au travail de l'employeur seulement.
- L'employeur est propriétaire du lieu de travail ou le contrôle; le travailleur se conforme aux directives relatives au lieu où le travail est accompli.
- Le travailleur se conforme aux directives de l'employeur relativement à la méthode de travail ainsi qu'à la séquence ou l'ordre adopté pour effectuer le travail; il reçoit une formation ou une supervision quant aux méthodes de l'employeur.
- Le travailleur effectue lui-même le travail pour l'employeur; sans le consentement de l'employeur, il ne peut embaucher d'autres personnes pour faire le travail.
- Le travailleur fournit des services au nom de l'employeur, ou à titre de représentant de celui-ci; il facture les clients au nom de l'employeur; il perçoit la TPS et toute autre taxe applicable au nom de l'employeur.
- Les services du travailleur sont constamment requis par l'employeur. (Une entreprise a un besoin continu de services si tout le personnel qui fournit de tels services consacre collectivement plus de 40 heures par mois, en moyenne, à effectuer le travail ou si le travail est effectué à temps plein pendant plus de quatre mois.)
- Le travailleur est payé par l'employeur une somme déterminée par celui-ci, laquelle est fixe et versée à des intervalles réguliers.
- L'employeur effectue des déductions au titre des cotisations d'assurance-chômage, du RPC et de l'impôt sur le revenu sur la paye du travailleur.
- Un travailleur ne partage pas nécessairement les bénéfices et les pertes de l'employeur.
- L'employeur, non le travailleur, assume les coûts reliés à ses activités.
- Les travailleurs prennent des décisions d'affaires qui ont peu ou pas de répercussions sur leur possibilité de faire des profits ou de subir des pertes.

2

- ### Relation de travail exploitant indépendant – acheteur ou entrepreneur principal
- L'EI accepte d'accomplir le travail commandé et s'assure que le travail est achevé de façon satisfaisante; il est tenu par la loi de payer la perte de revenu ou les dommages subis par l'acheteur s'il néglige d'achever le travail de façon satisfaisante.
 - L'EI négocie avec l'acheteur la période à laquelle le travail ou le service doit être fourni, et travaille selon son propre calendrier en vue de l'exécution.
 - L'EI fixe ses propres heures et jours de travail.
 - L'EI peut offrir ses services à plus d'un acheteur; il est libre de fixer son emploi du temps.
 - L'EI peut choisir de travailler hors du lieu de travail de l'acheteur; il peut effectuer du travail pour l'acheteur depuis son propre lieu de travail.
 - L'EI n'est pas obligé de suivre les directives de l'acheteur quant à la méthode, la séquence ou l'ordre suivi pour effectuer le travail : il peut recourir à ses propres méthodes.
 - L'EI n'est pas obligé de fournir des services personnels, il peut retenir les services d'autres personnes (exploitants indépendants) qui effectueront le travail, et ce, sans le consentement de l'acheteur. (Remarque : Si un EI embauche des travailleurs, il devient automatiquement employeur et doit s'inscrire en tant que tel auprès de la CAT.)
 - L'EI facture lui-même l'acheteur pour le travail ou le service; il perçoit et paye lui-même la TPS et toute autre taxe applicable.
 - Les services de l'EI ne sont pas constamment requis par l'acheteur.

- L'EI négocie avec l'acheteur le montant et le mode de paiement selon une base contractuelle (ou selon une commission).
- L'acheteur ne fait aucune déduction au titre des cotisations d'assurance-chômage, du RPC ou de l'impôt sur le revenu, etc. sur les paiements versés à l'EI.
- L'EI a la possibilité de réaliser des bénéfices et court le risque de subir des pertes dans le cadre du travail qu'il effectue pour les acheteurs ou des services qu'il leur offre.
- L'EI assume les coûts reliés à ses activités : achats, baux et locations reliés au matériel, outils et équipement; entretien et réparation de l'équipement; fonctionnement de l'équipement; financement; permis; assurance.
- L'EI prend ses propres décisions d'affaires, et a le droit d'en faire ainsi, et ces décisions influent énormément sur ses bénéfices et ses pertes; les décisions prises par l'acheteur ont peu ou pas de répercussions sur les bénéfices et les pertes de l'EI.
- L'EI détient le permis exigé pour effectuer le travail.

- L'EI est lui-même responsable de la publicité et de la commercialisation de ses propres services auprès d'acheteurs possibles.
- La relation de travail entre l'EI et l'acheteur n'est pas régie par une convention collective.
- Revenu Canada a pris une décision officielle à l'effet que le particulier n'est pas un travailleur en vertu du Régime de pensions du Canada et de la Loi sur l'assurance-chômage.

- L'employeur, non le travailleur, détient le permis pour effectuer le travail.
- L'employeur est responsable de la publicité et de la commercialisation des biens et services dans les journaux, au téléphone et dans les répertoires d'affaires, etc.
- La relation de travail entre le travailleur et l'employeur est régie par une convention collective.
- Revenu Canada a décidé que le particulier est un travailleur en vertu du Régime de pensions du Canada et de la Loi sur l'assurance-chômage ou n'a pas pris de décision quant au statut du travailleur.

Qui est exploitant indépendant? Voilà la question sur laquelle se sont penchés les administrateurs de la Commission, en consultation avec les représentants de l'industrie, pendant les trois dernières années. Et la question est enfin résolue. À compter du 1^{er} janvier 1992, la CAT aura recours à une méthode juridique appelée «test organisationnel» en vue de déterminer, pour chaque cas, si les particuliers qui obtiennent des commandes ou des contrats d'autres particuliers ou entreprises pour effectuer un travail ou pour fournir des services sont en réalité des travailleurs ou des exploitants indépendants. D'abord, il importe que les particuliers qui entreprennent un travail d'exploitant indépendant par nature, et que les entreprises ou les particuliers qui les emploient, sachent, sans détour, quelle est leur position en ce qui a trait à l'indemnisation des travailleurs. Du point de vue de la Commission, ses décideurs doivent être en mesure de déterminer si la relation de travail en est une d'employeur et de travailleur ou d'exploitant indépendant et d'acheteur, et d'établir qui devrait payer la cotisation, qui a droit à une indemnité en tant que travailleur blessé et qui, en tant qu'exploitant indépendant, devrait demander une protection à la Commission.

Aux termes du paragraphe 1 (1) de la Loi, un exploitant indépendant s'entend de «quiconque exploite une industrie mentionnée à l'annexe 1 et n'emploie pas de travailleur à cette fin.» D'après cette définition, un exploitant indépendant ne peut être un employeur. Et, au moyen de questionnaires que doivent remplir les particuliers qui, à titre d'exploitant indépendant ou sur une base contractuelle, fournissent et achètent des services relevant de l'industrie de la construction, des messageries, de l'exploitation forestière, de la vente au détail, des taxis et du camionnage, les décideurs de la Commission disposent de suffisamment de renseignements pour déterminer qui est employeur, travailler ou exploitant indépendant. Dans le présent article, ainsi que dans les directives qui paraîtront sous peu

dans le *Manuel des politiques opérationnelles*, on a recours à une terminologie particulière :

«**Acheteur ou entrepreneur principal**» s'entend de la partie, de l'entreprise ou de la personne qui commande le travail ou le service. (Il se peut que cette personne soit considérée un employeur.)

«**Particulier**» s'entend de la personne qui fournit le travail ou le service. (Il se peut que cette personne soit considérée un travailleur.)

«**Travailleur**», tel qu'il est prévu aux termes de la Loi [par. 1 (1)], a droit à une indemnité en cas de lésion reliée au travail.

«**Employeur**», tel qu'il est prévu aux termes de la Loi [par. 1 (1)], est tenu de cotiser à la caisse des accidents [art. 4].

Pour établir la relation de travail, et par conséquent, le statut du particulier, les décideurs examineront les critères des répondants (lesquels seront tirés des réponses données dans les questionnaires).

Le tableau de la page 2 montre des exemples des critères généraux aux- quels on fait appel. Les énoncés dans les colonnes «exploitant indépendant-acheteur ou entrepreneur principal» et «travailleur-employeur» donnent une indication de la relation de travail. Les décideurs de la Commission examineront les critères et les énoncés afin de déterminer si le particulier exploite une entreprise distincte qui ne fait pas partie intégrante de la structure de l'entreprise pour laquelle le travail ou le service est fourni. Il est vraisemblable qu'un travailleur et qu'un exploitant indépendant puissent présenter toutes les particularités énoncées dans leur colonne respective. La détermination du statut ne devrait pas reposer sur un seul énoncé; toutefois, lorsque les énoncés sont considérés conjointement avec les autres caractéristiques de la relation de travail, on devrait alors avoir une bonne indication du statut.

Cependant, toute décision prise aux termes de la présente politique doit être conforme au fond du droit et à l'équité de chaque cas.

Pour ce qui est de l'admissibilité, le test organisationnel s'applique à toutes les décisions prises le 1^{er} octobre 1990 ou après cette date. Quant à la cotisation, la date d'entrée en vigueur est le 1^{er} janvier 1992.

Les particuliers qui travaillent comme exploitants indépendants, et ceux qui achètent les services des exploitants indépendants, peuvent obtenir des questionnaires se rapportant à leurs activités, en composant, dans la région de Toronto, le (416) 926-8333 ou, sans frais, le 1-800-265-2418 de l'extérieur de la région de Toronto. Aucune exploitation n'est nécessaire pour remplir les questionnaires et le requérant détermine lui-même les résultats. Si les réponses aux questionnaires montrent que le particulier est un travailleur, l'employeur est alors tenu de payer la cotisation à la Commission et en sera avisé. En revanche, si les résultats montrent que le particulier est un exploitant indépendant, il doit alors signer son formulaire et le retourner à la Commission. Le Service du revenu examinera les renseignements et avisera le particulier de son statut.

Étant donné que les exploitants indépendants ne sont pas protégés d'office, ils doivent soumettre une demande en vue d'obtenir leur propre numéro de compte ou de souscrire une protection individuelle, s'ils le désirent. (La possibilité de faire une demande de protection individuelle et de payer les coûts associés à cette protection par l'intermédiaire du compte de l'acheteur ou de l'entrepreneur principal ne sera plus offerte une fois que le statut d'exploitant indépendant aura été établi.) D'après les résultats du questionnaire, les particuliers qui sont considérés comme exploitants indépendants peuvent indiquer sur le questionnaire même leur choix de souscrire une protection individuelle ou d'obtenir un numéro de la CAT.

Meilleurs vœux



CASON
L90
- P56



POLICY REPORT

February 1992

Vol. 5 No. 1

Survivors' Benefits Updated

Under s.35 of the *Act* (R.S.O. 1990), the dependants of a worker killed in a work-related accident are entitled to benefits. Those dependants may include a surviving spouse, a separated or divorced spouse, children, and others, all of whom were financially dependent on the deceased worker.

Spouse only

A surviving spouse is entitled to a once-only lump sum benefit¹, and a monthly payment based on 40%² of the worker's net average earnings³ at the time of accident. Both of these benefits are adjusted based on the surviving spouse's age at the time of the worker's death.

Spouse with children

A surviving spouse with one or more children receives a once-only spousal lump sum, and a monthly payment of 90% of the worker's net average earnings at the time of accident, until the youngest child reaches the age of 19. At that time, benefits revert to those payable to a spouse with no children.

However, in some cases, if a child stays in school past the age of 19, an extra 10% of the worker's net average earnings is added to the spousal benefit for each child concerned, to a maximum of 90% of the worker's net average earnings.

What if the spouse no longer has custody of the children?

Placing a child in the custody of a Children's Aid Society and making that child a ward of the Society is not a permanent measure, as it is expected that the child will someday be returned to the parent. The

ability of the parent to provide for the child is a key element in the Society's decision to return the child. Therefore, it would be inappropriate to cancel benefits to the parent.

On the other hand, making a child a Crown ward is a permanent measure, because the object is for the Crown to place the child for adoption. The law states that an adopted child becomes the child of the adopting parent, and ceases to be the child of the person who was the parent before the order was made. Because the child would therefore no longer be legally related to the deceased worker, no benefits are payable, in respect of the child, to the surviving spouse or the adopting parents.

Children only

If a worker is survived by one or more children, but no spouse, the children receive a once-only lump sum payment, the amount of which is the same no matter how many children there are. Also, if there is one child, a monthly benefit equal to 30% of the worker's net average earnings at the time of the accident is paid. If more than one, an additional 10% is paid for each additional child. The total monthly benefit cannot exceed 90% of the worker's net average earnings.

Separated or divorced spouse

A separated spouse may also be entitled to benefits, if

- there is a court order or a separation agreement requiring the worker to make support payments to a separated spouse, or

- it can be shown that the worker would have been required in the future to make payments.

The amount of benefits depends on whether the worker had other dependent spouses at the time of death. If so, the Board examines such issues as their relative emotional and financial dependence on the worker, and uses this information to divide the benefits between the spouses. The separated spouses may also receive benefits for children who were dependent on the worker.

If, however, there is no other spouse entitled to benefits, the separated spouse receives the full benefits.

Remarriage

Remarriage of the surviving spouse has no effect on dependant's benefits.

Invalid child

An invalid child is one who is physically or mentally incapable of earning. Benefits are paid for an invalid child, regardless of age, until the child ceases to be an invalid or dies. The child does not have to be in the care of a spouse to be entitled to benefits.

continued on page 2

What's inside...

Workers' Compensation Act
Revised

Proposal to amend
Regulation 951 3

Benefit Indexing for 1992 ... 4

Worker's Compensation Act
table of concordance

Survivors' Benefits Updated

continued from page 1

Person acting "in loco parentis"

The Board may pay benefits in respect of a child to a person who is acting "in loco parentis", which means "in the place of a parent". A person may be considered "in loco parentis" when providing the child with maintenance and education as a parent would.

A person who is the legal guardian of a child may qualify, while a trustee does not. A person is entitled to benefits only while acting "in loco parentis", and it is possible that several people may be entitled.

If there is more than one child, there may be a different person acting "in loco parentis" for each child, and the Board divides the benefits among them. The specific circumstances of each situation are examined before making a decision.

Dependant

A person does not have to be a member of the deceased worker's immediate family to qualify for survivor's benefits. If a worker is not survived by a spouse or dependent children, another member of the family who is partly or wholly dependent on the deceased worker's earnings may qualify to receive monthly benefits.

The dependency may include services provided by the deceased worker or payments made by the deceased worker on behalf of the dependent. The services or payments must have provided the dependant with necessities and basic support.

Vocational rehabilitation for surviving spouse

A surviving spouse is entitled to any necessary social and vocational rehabilitation services, as determined by the Board.

Funeral expenses

The Board pays up to \$6,000.00 for necessary burial or cremation expenses for workers who are killed as a result of a work-related accident.

For more information about survivors' benefits see *Policy Report* Vol. 2 No. 1, and documents 01-02-04 and 05-03-10 in the Operational Policy manual.

NOTES:

- ¹ The once-only lump sum benefit is \$53,075.99 for a 40 year old spouse.

Add \$1,326.90 for each year the spouse is **under** the age of 40.

Subtract \$1,326.90 for each year the spouse is **over** the age of 40.

- ² Add 1% of the worker's net average earnings for each year the spouse is **over** the age of 40.

Subtract 1% of the worker's net average earnings for each year the spouse is **under** the age of 40.

- ³ Net average earnings are calculated by taking the worker's average earnings and deducting the probable

- income tax payable by the worker
- Canada Pension Plan premiums payable by the worker, and
- unemployment insurance premiums payable by the worker.

Also, any survivor's benefits received under the Canada Pension Plan will be deducted from the average earnings. □

Attention Subscribers: Workers' Compensation Act Revised

Every 10 years the Legislative Council of Ontario revises the statutes of Ontario to account for new bills introduced and sections repealed. As a result, the Revised Statutes of Ontario (R.S.O.), 1990, (including all changes up to the fall of 1991) have just been published by the Queen's Printer. This has resulted in approximately 90% of the sections of the *Workers' Compensation Act* being renumbered, and some small changes made to the text to, for example, eliminate gender biased pronouns.

As of January 1, 1992, all policy papers, articles in *Policy Report*, and new or revised documents in the Operational Policy (OP) manual, use the new section numbers.

For your convenience, a table of concordance is published in this issue of *Policy Report*. Because of the cost to reprint and mail the entire OP manual, the changes will be made through attrition as policies are revised.

Note: No date of availability has been announced for copies of the revised *Worker's Compensation Act*.

Policy Report is printed on acid-free, recycled paper at no extra cost.



Proposal to Amend Regulation 951

On November 8, 1991, the Board of Directors approved a proposal to amend Regulation 951¹ which, when approved by the Cabinet Committee on Regulations, will make asbestosis and mesothelioma among asbestos workers the first industrial diseases to be automatically accepted by the Board as work-related.

The Board has long recognized the hazards of asbestos and already allows claims for asbestosis and mesothelioma from workers in processes where airborne asbestos fibres are generated.

The history of asbestos associated diseases and their work-relatedness goes back to the early 1900s. In 1984, a strong causal association was found between asbestos exposure and asbestosis and mesothelioma in the *Report of the Royal Commission on Matters of Health and Safety Arising from the Use of Asbestos in Ontario*.²

The Royal Commission recommended putting asbestosis and mesothelioma in Schedule 3 and amending s.134(9) of the *Act* so that certain diseases would benefit from an irrebuttable presumption of work-relatedness. [Section 134(9) states that if the worker at or before the date of the disablement was employed in any process mentioned in the second column of Schedule 3...the disease shall be deemed to have been due to the nature of that employment unless the contrary is proved.]

The Legislature responded by introducing a new schedule – Schedule 4 – and adding s.134(10) to the *Act* to provide for an irrebuttable presumption of work-relatedness.

Section 134(10)

If the worker at or before the date of the disablement was employed in any process mentioned in the second column of Schedule 4 and the disease contracted is the disease in the first column of the schedule

set out opposite to the description of the process, the disease shall be **conclusively deemed to have been due to the nature of the employment** (emphasis added).

In March 1987, the Board requested the advice of the *Industrial Disease Standards Panel* (IDSP) on several of the Royal Commission's recommendations and, on September 21, 1988, the IDSP submitted its first report on asbestos (IDSP Report No.4).³ The IDSP agreed with the Royal Commission that asbestosis and mesothelioma should be entered into Schedule 4, along with the specific processes that generate airborne asbestos fibres.

The proposed amendment to Regulation 951 will become law on the date it receives the approval of the Cabinet Committee on Regulations.

The amending process

To amend the regulations, the Board of Directors must forward a

minuted Board Order to the Minister of Labour proposing the changes that are required. The proposal is examined by the legal and policy branches of the Ministry of Labour and, finally, the regulatory language is drafted by the Legislative Counsel, a branch of the Attorney General's Ministry.

The Minister then takes the documents forward to the Cabinet Committee on Regulations and, upon approval by the Lieutenant Governor in Council, the regulation is published in *The Ontario Gazette*.

NOTES:

- ¹ Minute #5, November 8, 1991, Page 5484
- ² Report of the Royal Commission on Matters of Health and Safety Arising from the Use of Asbestos in Ontario, 1984.
- ³ First Report to the Workers' Compensation Board on Certain Issues Arising from the Report of the Royal Commission on Asbestos, September, 1988.

This is how the new entries to Schedule 4 will appear.

Column 1

Asbestosis

Primary malignant neoplasm of the mesothelium of the pleura or peritoneum

Column 2

Any mining, milling, manufacturing, assembling, construction, repair, alteration, maintenance or demolition process involving the generation of airborne asbestos fibres.

Any mining, milling, manufacturing, assembling, construction, repair, alteration, maintenance, or demolition process involving the generation of airborne asbestos fibres.

Has your address changed?

To ensure you receive each issue of *Policy Report*, and to keep our mailing costs down, we need to keep our distribution system up-to-date. Please submit any changes in your mailing address to:

**Manuals Distribution Specialist
Policy Publications
Workers' Compensation Board
2 Bloor Street East, 22nd Floor
Toronto, Ontario, M4W 3C3
Telephone: (416) 927-4941**

Subscriptions to *Policy Report* are free on request to this address.

Did you know

that the Board cannot commute injured workers' pensions to recover overpayments?

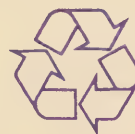
The Board may only commute pensions

- to reduce the effects of a workers' physical or psychological disability so that the worker can obtain or maintain suitable employment
- when medical evidence indicates that the workers' financial situation is producing a disability which prevents the worker from obtaining or maintaining employment. ☐

that the maximum amount of average earnings upon which loss of earnings is calculated, is now determined by taking the average industrial wage in Ontario as published by Statistics Canada, and multiplying it by 175%.

This year the maximum is \$50,800.00. ☐

Policy Report is printed on acid-free, recycled paper at no extra cost.



Benefit Indexing for 1992

Section 148(1) of the *Act* states:

"On the 1st day of January in each year, an indexing factor shall be determined, based on the percentage change in the Consumer Price Index for Canada for all items, for the twelve month period ending the 31st day of October of the previous year, as published by Statistics Canada."

The 1992 indexing factor has been set at 4.4%. ☐

A chart outlining the 1992 indexed benefits and ceilings is available at all Board offices, or you can contact the Communications Branch at 927-3500. ☐

POLICY REPORT

Policy Report is published under the authority and direction of the Operational Policy Branch of the Workers' Compensation Board. If there is any conflict between the statements contained in this publication and the *Workers' Compensation Act* and/or Board approved policy documents, the *Act* or the approved document governs.

Comments or inquiries should be addressed to:

Editor
Policy Report
Operational Policy Branch
Workers' Compensation Board
2 Bloor Street East, 22nd Floor
Toronto, Ontario, M4W 3C3

Graphic Production:
Graphics Services
Communications

WORKERS' COMPENSATION ACT

Table of/de concordance

LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Old/Ancien 1980 (R.S.O./L.R.O.)		New/Nouveau 1990		Old/Ancien 1980 (R.S.O./L.R.O.)		New/Nouveau 1990	
section/article	section/article	section/article	section/article	section/article	section/article	section/article	section/article
1 (1) (a)	1 (1)	1 (3) (c)	1 (3) (c)	8 (6)	10 (6)		
(b)	(1)	(d)	(d)	(7)	(7)		
(ba)	(1)	(e)	(e)	(8)	(8)		
(bb)	(1)	(4)	(4)	(9)	(9)		
(c)	(1)	2	2	(10)	(10)		
(d) repealed/abrogé	--	2 (a)	3	(11)	(11)		
(e)	(1)	3 (1)	4 (1)	(12)	(12)		
(ea)	(1)	(2)	(2)	9 (1)	11 (1)		
(f)	(1)	(3)	(3)	(2)	(2)		
(g)	(1)	(4)	(4)	(3)	(3)		
(h) repealed/abrogé	--	(5)	(5)	(4)	(4)		
(i)	(1)	(6)	(6)	(5)	(5)		
(j) repealed/abrogé	--	(7)	(7)	10 (1)	12 (1)		
(k)	(1)	4	5	(2)	(2)		
(l)	(1)	5	6	11 (1)	13 (1)		
(la)	(1)	5a (1)	7 (1)	(2)	(2)		
(m)	(1)	(2)	(2)	(3)	(3)		
(n)	(1)	(3)	(3)	12	14		
(o)	(1)	(4)	(4)	13	15		
(p)	(1)	(5)	(5)	14	16		
(q)	(1)	(6)	(6)	15	17		
(r)	(1)	(7)	(7)	16	18		
(s)	(1)	(8)	(8)	17 (1)	19 (1)		
(t)	(1)	(9)	(9)	(2)	(2)		
(u)	(1)	(10)	--	(3)	(3)		
(v)	(1)	6 (1)	8 (1)	18 (1)	20 (1)		
(va)	(1)	(2)	(2)	(2)	(2)		
(w)	(1)	(3)	(3)	19	21		
(x)	(1)	(4)	(4)	20 (1)	22 (1)		
(xa)	(1)	(5)	(5)	(2)	(2)		
(xb)	(1)	(6)	(6)	(3)	(3)		
(y)	(1)	(7)	(7)	(4)	(4)		
(z)	(1)	(8)	(8)	(5)	(5)		
(2)	(2)	7 (1)	9 (1)	21 (1)	23 (1)		
(2) (a)	(2) (a)	(2)	(2)	(2)	(2)		
(b)	(b)	8 (1)	10 (1)	22 repealed/abrogé	--		
(c)	(c)	(2)	(2)	23	24		
(3)	(3)	(3)	(3)	24	25		
(3) (a)	(3) (a)	(4)	(4)	25	26		
(b)	(b)	(5)	(5)	26 (1)	27 (1)		

Old/Ancien 1980 (R.S.O./L.R.O.)		New/Nouveau 1990		Old/Ancien 1980 (R.S.O./L.R.O.)		New/Nouveau 1990		Old/Ancien 1980 (R.S.O./L.R.O.)		New/Nouveau 1990	
section/article		section/article		section/article		section/article		section/article		section/article	
26 (2)		27 (2)		43 (7)		40 (7)		46 (2)		45 (2)	
(3)		(3)		44 (1)		41 (1)		47		46	
(4)		(4)		(2)		(2)		48		47	
27 repealed/abrogé	--	--		45 (1)		42 (1)		49 repealed/abrogé		--	
28 repealed/abrogé	--	--		(2)		(2)		50 (1)		48 (1)	
29		28		(3)		(3)		(1a)		(2)	
30		29		(4)		(4)		(2)		(3)	
31 (1)		30 (1)		(5)		(5)		51		49	
(2)		(2)		(6)		(6)		52 (1)		50 (1)	
(3)		(3)		(7)		(7)		(2)		(2)	
32 (1)		31 (1)		(8)		(8)		(3)		(3)	
(2)		(2)		(9)		(9)		(4)		(4)	
33		32		(10)		(10)		(5)		(5)	
34 (1)		33 (1)		(11)		(11)		(6)		(6)	
(2)		(2)		(12)		(12)		(7)		(7)	
35		34		(13)		(13)		(8)		(8)	
36 (1)		35 (1)		(14)		(14)		(9)		(9)	
(1a)		(2)		(15)		(15)		(10)		--	
(1b)		(3)		(16)		(16)		(11)		(10)	
(2)		(4)		(17)		(17)		(12)		(11)	
(3)		(5)		(18)		(18)		(13)		(12)	
(4)		(6)		(19)		(19)		53		51	
(5)		(7)		(20)		(20)		54		52	
(6)		(8)		(21)		(21)		54a (1)		53 (1)	
(7)		(9)		(22)		(22)		(2)		(2)	
(8)		(10)		(23)		(23)		(3)		(3)	
(9)		(11)		(24)		(24)		(4)		(4)	
(10)		(12)		(25)		(25)		(5)		(5)	
(11)		(13)		(26)		(26)		(6)		(6)	
(12)		(14)		45a (1)		43 (1)		(7)		(7)	
(13)		(15)		(2)		(2)		(8)		(8)	
(14)		(16)		(3)		(3)		(9)		(9)	
(15)		(17)		(4)		(4)		(10)		(10)	
(16)		(18)		(5)		(5)		(11)		(11)	
37 repealed/abrogé	--	--		(6)		(6)		(12)		(12)	
38 repealed/abrogé	--	--		(7)		(7)		54b (1)		54 (1)	
39		36		(8)		(8)		(2)		(2)	
40 (1)		37 (1)		(9)		(9)		(3)		(3)	
(2)		(2)		(10)		(10)		(4)		(4)	
(3)		(3)		(11)		(11)		(5)		(5)	
41 (1)		38 (1)		(12)		(12)		(6)		(6)	
(2)		(2)		(13)		(13)		(7)		(7)	
(3)		(3)		(14)		(14)		(8)		(8)	
42 (1)		39 (1)		(15)		(15)		(9)		(9)	
(2)		(2)		45b (1)		44 (1)		(10)		(10)	
(3) repealed/abrogé	--	--		(2)		(2)		(11)		(11)	
(4)		(3)		(3)		(3)		(12)		(12)	
(5)		(4)		(4)		(4)		(13)		(13)	
(6)		(5)		(5)		(5)		(14)		(14)	
43 (1)		40 (1)		(6)		(6)		(15)		(15)	
(2)		(2)		(7)		(7)		(16)		(16)	
(3)		(3)		(8)		(8)		(17)		(17)	
(4)		(4)		(9)		(9)		(18)		(18)	
(5)		(5)		(10)		(10)		55 (1)		55 (1)	
(6)		(6)		46 (1)		45 (1)		(1a)		--	

Old/Ancien 1980 (R.S.O./L.R.O.)		New/Nouveau 1990		Old/Ancien 1980 (R.S.O./L.R.O.)		New/Nouveau 1990		Old/Ancien 1980 (R.S.O./L.R.O.)		New/Nouveau 1990	
section/article		section/article		section/article		section/article		section/article		section/article	
55 (2)	55 (2)	57 repealed/abrogé	---	77 (6)	71 (6)	86n (1)	93 (1)	86n (1)	93 (1)	86n (1)	93 (1)
56 (1)	56 (1)	58 repealed/abrogé	---	(7)	(7)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)
(2)	(2)			(8)	(8)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)
				78 repealed/abrogé	---	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)
				79 (1)	72 (1)	86o (1)	94 (1)	86o (1)	94 (1)	86o (1)	94 (1)
59	57			(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)
60 repealed/abrogé	---			80 (1)	73 (1)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)
61 repealed/abrogé	---			(2)	(2)	86p (1)	95 (1)	86p (1)	95 (1)	86p (1)	95 (1)
62 repealed/abrogé	---			81 (a-f)	74 (a-f)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)
63 (1)	58 (1)			82 (1)	75 (1)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)
(2)	(2)			(2)	(2)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)
(3)	---			83 (1)	76 (1)	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)
(4)	---			(2)	(2)	(6)	(6)	(6)	(6)	(6)	(6)
64 (1)	59 (1)			(3)	(3)	(6a)	(7)	(6a)	(7)	(6a)	(7)
(2)	(2)			(4)	(4)	(7)	(8)	(7)	(8)	(7)	(8)
65 (1)	60 (1)			84	77	(8)	(9)	(8)	(9)	(8)	(9)
(2)	(2)			85 (1)	78 (1)	(9)	(10)	(9)	(10)	(9)	(10)
66 repealed/abrogé	---			(2)	(2)	(10)	(11)	(10)	(11)	(10)	(11)
67 (1)	61 (1)			(3)	(3)	(11)	(12)	(11)	(12)	(11)	(12)
(2)	(2)			(4)	(4)	(12)	(13)	(12)	(13)	(12)	(13)
68 (1)	62 (1)			86	79	(13)	(14)	(13)	(14)	(13)	(14)
(2)	(2)			86a	80	(14)	(15)	(14)	(15)	(14)	(15)
69 (1)	63 (1)			86b (1)	81 (1)	(15)	(16)	(15)	(16)	(15)	(16)
(1a)	(2)			(2)	(2)	86q (1)	96 (1)	86q (1)	96 (1)	86q (1)	96 (1)
(1b)	(3)			(3)	(3)						
(2)	(4)			(4) repealed/abrogé	---		[ss(2) new]/		[ss(2) new]/		[ss(2) new]/
70	64			(5)	(4)	(2)	[par. (2) nouveau]	(2)	[par. (2) nouveau]	(2)	[par. (2) nouveau]
71 (1)	65 (1)			86c (1)	82 (1)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)
(2)	(2)			(2)	(2)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)
(3)	(3)			(3)	(3)						
(4)	(4)			86d (1)	83 (1)	86r (1)	97 (1)	86r (1)	97 (1)	86r (1)	97 (1)
72 (1)	66 (1)			(2)	(2)	(2)	(3)	(2)	(3)	(2)	(3)
(2)	(2)			(3)	(3)	(3)	(4)	(3)	(4)	(3)	(4)
73	67			86e (1)	84 (1)		[ss(2) new]/		[ss(2) new]/		[ss(2) new]/
74 (1)	68 (1)			(2)	(2)		[par. (2) nouveau]		[par. (2) nouveau]		[par. (2) nouveau]
(1a)	---			(3)	(3)						
(2)	(2)			86f	85	86s	98	86s	98	86s	98
(3)	(3)			86g (1)	86 (1)	87 (1)	99 (1)	87 (1)	99 (1)	87 (1)	99 (1)
(4)	(4)			(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)
	[ss 5-7 new]/			(3)	(3)	88	100	88	100	88	100
	[par. 5-7 nouveaux]					89	101	89	101	89	101
(5)	(8)			86h (1)	87 (1)	90 (1)	102 (1)	90 (1)	102 (1)	90 (1)	102 (1)
(6)	(9)			(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)
(7)	(10)			(3)	(3)	91 (1)	103 (1)	91 (1)	103 (1)	91 (1)	103 (1)
(8)	(11)			(4)	(4)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)
				(5)	(5)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)
75 (1)	69 (1)			(6)	(6)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)
(2)	(2)			(7)	(7)	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)
(3)	(3)			86i	88	(6)	(6)	(6)	(6)	(6)	(6)
(4)	(4)			86j (1)	89 (1)		[ss(7) new]		[ss(7) new]		[ss(7) new]
76	70			(2)	(2)		[par. (7) nouveau]		[par. (7) nouveau]		[par. (7) nouveau]
77 (1)	71 (1)			(3)	(3)	(7)	(8)	(7)	(8)	(7)	(8)
(2)	(2)			86k	90	(8)	(9)	(8)	(9)	(8)	(9)
(3)	(3)			86l (1)	91 (1)	92	104	92	104	92	104
(4)	(4)			(2)	(2)	93 (1)	105 (1)	93 (1)	105 (1)	93 (1)	105 (1)
(5)	(5)			86m	92	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)

Old/Ancien 1980 (R.S.O./L.R.O.) 1990		New/Nouveau 1980 (R.S.O./L.R.O.) 1990		Old/Ancien 1980 (R.S.O./L.R.O.) 1990	
section/article	section/article	section/article	section/article	section/article	section/article
93 (3) (4)	105 (3) (4)	117 (1) (2)	129 (1) (2)	126	138
94	106	118 (1)	130 (1)	127	139
95	107	(2)	(2)	128	140
96	108	(3)	(3)	129 (1) (2)	141 (1) (2)
97 (1) (2) (3) (4) (5)	109 (1) (2) (3) (4) (5)	119 120 (1) (2) (3) (4)	131 132 (1) (2) (3) (4)	(3) (4) 130 (1) (2) 131	(3) (4) 142 (1) (2) 143
(6)	(6)	121 (1)	133 (1)	132	144
98 (1) (2)	110 (1) (2)	(2) (3)	(2) (3)	133 (1) (2)	-- 145
99 (1) (2)	111 (1) (2)	122 (1) (2)	134 (1) (2)	133a repealed/abrogé 134 (1)	-- --
(3)	(3)	(3)	(3)	(2)	146
100 (1) (2)	112 (1) (2)	(4) (5)	(4) (5)	135 (1) (2)	147 (1) (2)
101 (1) (2)	113 (1) (2)	(6) (7)	(6) (7)	(3) (4)	(3) (4)
102 (1) (2)	114 (1) (2)	(8) (9)	(8) (9)	(5) (6)	(5) (6)
103	115	(9a)	(10)	(7)	(7)
104 (1) (2)	116 (1) (2)	(10) (11)	(11) (12)	(8) (9)	(8) (9)
105 (1) (2) (3)	117 (1) (2) (3)	(12) (13) (14)	(13) (14) (15)	(10) (11) (12)	(10) (11) (12)
106 (1) (2)	118 (1) (2)	(15) (16)	(16) (17)	(13)	(13)
(3)	(3)	123 (1)	135 (1)	136, 136a, 137 repealed/abrogés --	
107	119	(2)	(2)	138 (1) (2)	removed/ supprimés
108 (1) (2)	120 (1) (2)	(3) (3a)	(3) --	(3) (4) (5)	
109	121	(4)	(4)		
110 (1) (2)	122 (1) (2)	(5) (6)	(5) (6)	139 (1) (2) (3) (4)	148 (1) (2) (3) (4)
111	123	124 (1)	136 (1)	140	149
112	124	(2)	(2)		
113	125	(3)	(3)		
114	126	125 (1)	137 (1)	141 (1)	150 (1)
115 (1) (2)	127 (1) (2)	(2) (3)	(2) (3)	(2) 142 (1) (2)	(2) 151 (1) (2)
116	128				



Avez-vous changé d'adresse?

Afin de nous assurer que vous recevez chaque numéro du *Bulletin des politiques* et de garder nos frais de poste à la baisse, nous devons tenir notre liste d'envoi à jour. Veuillez donc communiquer tout changement d'adresse au :

**Responsable de la distribution
des manuels
Publication des politiques
Commission des accidents du travail
2, rue Bloor Est, 22^e étage
Toronto (Ontario) M4W 3C3
(416) 927-4941**

L'abonnement au *Bulletin des politiques* est gratuit sur demande à l'adresse susmentionnée.

Saviez-vous

que la Commission ne peut capitaliser les pensions des travailleurs blessés en vue de recouvrer les paiements excédentaires?

La Commission ne peut procéder à la capitalisation de pensions que s'il est établi que

• la capitalisation atténue les effets d'une invalidité physique ou psychologique de sorte que le travailleur puisse obtenir ou garder un emploi approprié.

• d'après les renseignements médicaux, la situation financière du travailleur entraîne une invalidité qui empêche celui-ci d'obtenir ou de garder un emploi. □

Indexation des indemnités pour 1992

Le paragraphe 148 (1) de la Loi précise ce qui suit :

«Un facteur d'indexation est établi le 1^{er} janvier de chaque année. Ce facteur est calculé en fonction de la différence de pourcentage dans l'Indice d'ensemble des prix à la consommation pour le Canada, à l'égard de la période de douze mois qui prend fin le 31 octobre de l'année précédente, telle qu'elle est publiée par Statistique Canada.»

Le facteur d'indexation de 1992 a été fixé à 4,4 pour cent.

Vous pouvez obtenir un tableau d'indexation des indemnités et des plafonds pour 1992 dans tous les bureaux de la Commission ou à la Direction des communications au 927-3500. □

que le montant maximal des gains moyens qui sert à calculer la perte de gains est maintenant déterminé en multipliant le salaire moyen dans l'industrie en Ontario, tel qu'il est publié par Statistique Canada, par 175 pour cent?

Cette année, le maximum est de 50 800,00 \$. □



Le Bulletin des politiques est maintenant imprimé sur du papier recyclé, exempt d'acide et ce, sans frais supplémentaires.

Veuillez adresser vos questions ou commentaires à :

Rédactrice
Bulletin des politiques
Direction des politiques opérationnelles
Commission des accidents du travail

22^e étage
2, rue Bloor Est
Toronto (Ontario)
M4W 3C3
Production :
Services graphiques
Communications

Proposition visant à modifier le Règlement 951

Le 8 novembre 1991, le conseil d'administration approuvait une proposition visant à modifier le Règlement 951¹; lorsque cette proposition aura été adoptée par le Comité ministériel sur les règlements, elle fera en sorte que l'amiantose et le mésothéliome chez les travailleurs d'amiante seront les premières maladies professionnelles que la Commission acceptera d'office comme étant reliées au travail.

La Commission reconnaît depuis longtemps les risques associés à l'amiante et elle accepte déjà des demandes d'indemnisation pour amiantose et mésothéliome présentées par des travailleurs qui exercent un emploi comportant l'émanation de fibres d'amiante aérogènes.

La question des maladies associées à l'amiantose et de leur lien de causalité avec le travail remonte au début du siècle et même avant. En 1984, le *Rapport de la Commission royale d'enquête sur les questions de santé et de sécurité soulevées par l'utilisation de l'amiante en Ontario*² a établi une association causale importante entre l'exposition à l'amiante et les maladies telles que l'amiantose et le mésothéliome.

La Commission royale d'enquête sur l'amiantose et le mésothéliome recommande d'insérer l'amiantose et le mésothéliome dans l'annexe 3 et de modifier le paragraphe 134 (9) (L.R.O. 1990) de la *Loi* afin que certaines maladies puissent bénéficier de la présomption irréfutable portant sur le lien de causalité avec le travail. [Le paragraphe 134 (9) précise que si le travailleur, au plus tard à la date où est survenue l'invalidité, exerçait l'un des emplois mentionnés à la deuxième colonne de l'annexe 3 (...), la maladie est réputée, de façon concluante, avoir été causée par la nature de cet emploi.

L'Assemblée législative a choisi d'ajouter une nouvelle annexe, soit l'annexe 4, et d'insérer le paragraphe 134 (10) dans la *Loi* afin d'assurer une présomption irréfutable d'un lien de causalité avec le travail.

Colonne 1	Colonne 2
Néoplasme maligne primaire du mésothélium de la plèvre ou du péritoine	Exploitation minière, broyage, fabrication, montage, construction, réparation, rénovation, entretien ou démolition, travail comportant l'émana- tion de fibres d'amiante aérogènes.
Amiantose	Exploitation minière, broyage, fabrication, montage, construction, réparation, rénovation, entretien ou démolition, travail comportant l'émana- tion de fibres d'amiante aérogènes.

Les nouvelles entrées à l'annexe 4 seront présentées comme suit :

Procédure de modification

Pour modifier les règlements, le conseil d'administration doit faire parvenir au ministre du Travail une ordonnance du conseil proposant les modifications requises, telle qu'elle apparaît au procès-verbal. La proposition est étudiée par les directions des services juridiques et des politiques du ministère du Travail; le Bureau des conseillers législatifs, une direction du ministère du Procureur général, fait ensuite une ébauche du libellé du règlement. Le ministre dépose les documents auprès du Comité ministériel sur les règlements et, suite à l'approbation du lieutenant-gouverneur en conseil, le règlement est publié dans la *Gazette de l'Ontario*.

Remarques :

¹ Procès-verbal n° 5, 8 novembre 1991, page 5484.

² Rapport de la Commission royale d'enquête sur les questions de santé et de sécurité soulevées par l'utilisation de l'amiante en Ontario, 1984.

³ Premier rapport présenté à la Commission des accidents du travail sur certaines questions soulevées par le rapport de la Commission royale d'enquête sur l'amiante, septembre 1988. □

Paragraphe 134 (10)

Si le travailleur, au plus tard à la date où est survenue l'invalidité, exerçait l'un des emplois mentionnés à la deuxième colonne de l'annexe 4 et que la maladie contractée est celle qui apparaît à la première colonne de l'annexe en regard de la description du travail effectué, la maladie est réputée, de façon concluante, avoir été causée par la nature de cet emploi.

En mars 1987, la Commission a demandé conseil au Comité des normes en matière de maladies professionnelles (CNMMP) sur plusieurs des recommandations faites par la Commission royale d'enquête et, le 21 septembre 1988, le CNMMP a soumis son premier rapport sur l'amiante (Rapport n° 4 du CNMMP).³ Le CNMMP était d'accord avec la Commission royale d'enquête pour insérer, dans l'annexe 4, l'amiantose et le mésothéliome, ainsi que les emplois comportant l'émanation de fibres d'amiante aérogènes.

La modification proposée du Règlement 951 aura force de loi lorsqu'elle recevra l'approbation du Comité ministériel sur les règlements.

physiquement ou mentalement incapable de gain. L'indemnité est versée à un enfant invalide, sans égard pour son âge, jusqu'à ce qu'il cesse d'être invalide ou qu'il décède. L'enfant n'est pas obligé d'être sous la garde d'un conjoint pour avoir droit à cette indemnité.

Personne tenant lieu de père ou de mère

La Commission peut verser une indemnité, à l'égard d'un enfant, à la personne qui tient lieu de père ou de mère, c'est-à-dire qui remplace un parent. Une personne peut être considérée comme tenant lieu de père ou de mère lorsqu'elle se charge du soutien et de l'éducation de l'enfant tout comme le ferait un parent.

Quiconque est tuteur légal d'un enfant peut être admissible à une indemnité tandis que le curateur ne peut y avoir droit. Une personne a droit à une indemnité seulement lorsqu'elle tient lieu de père ou de mère, et il est possible que plusieurs personnes y aient droit. S'il y a plus d'un enfant, il se peut qu'il y ait plus d'une personne qui tiennent lieu de père ou de mère aux enfants, et la Commission répartit alors l'indemnité entre toutes ces personnes. Les circonstances précises de chaque situation sont étudiées avant qu'une décision ne soit prise.

Personne à charge

Une personne ne doit pas nécessairement être membre de la famille immédiate du travailleur décédé pour être admissible à des prestations de survivant. Si un travailleur décédé ne laisse ni conjoint ni enfants à charge, un autre membre de la famille qui dépend partiellement ou entièrement des gains du travailleur décédé peut être admissible à des versements mensuels. Par lien de dépendance, il faut entendre, entre autres, les services fournis par le travailleur décédé ou les paiements faits par le travailleur décédé au nom de la personne à charge. Ces services ou ces paiements doivent avoir donné à

la personne à charge les aliments de base et les biens nécessaires.

Réadaptation professionnelle pour le conjoint survivant

Le conjoint survivant a droit à tout service de réadaptation sociale et professionnelle, tel qu'il est déterminé par la Commission.

Frais funéraires

La Commission verse jusqu'à concurrence de 6 000,00 \$ pour couvrir les frais d'inhumation et d'incinération pour les travailleurs qui sont décédés à la suite d'un accident relié au travail. Pour obtenir plus de renseignements sur les prestations de survivant, voir le *Bulletin des politiques* vol. 2, n° 1, et le document 01-02-04 du *Manuel des politiques opérationnelles*.

Remarques :

- 1 L'indemnité sous forme de paiement forfaitaire versée une seule fois est de 53 075,99 \$ pour le conjoint âgé de 40 ans. Ajouter 1 326,90 \$ pour chaque année que le conjoint a de moins de 40 ans. Soustraire 1 326,90 \$ pour chaque année que le conjoint a de plus de 40 ans.
 - 2 Ajouter 1 pour cent des gains moyens nets du travailleur pour chaque année que le conjoint a de plus de 40 ans. Soustraire 1 pour cent des gains moyens nets du travailleur pour chaque année que le conjoint a de moins de 40 ans. Dans le calcul des gains moyens nets, il faut prendre les gains moyens du travailleur et déduire les éléments suivants :
 - l'impôt probable que le travailleur devra payer;
 - les cotisations probables que le Régime de pensions du Canada; et
 - les cotisations probables que le travailleur devra faire au titre de l'assurance-chômage.
- De plus, toutes les prestations de survivant reçues en vertu du Régime de pensions du Canada seront déduites des gains moyens. ☐

À l'attention des

abonnés Loi sur les accidents du travail refondue

Tous les dix ans, le Bureau des conseillers législatifs de l'Ontario refond les lois de l'Ontario pour tenir compte des nouveaux projets de lois adoptés et des articles abrogés. En conséquence, les Lois refondues de l'Ontario (L.R.O.) de 1990 (qui comprennent toutes les modifications apportées jusqu'à l'automne de 1991) viennent d'être publiées par l'Imprimeur de la Reine. Il s'ensuit qu'environ 90 pour cent des articles de la Loi sur les accidents du travail ont été renumérotés.

Depuis le 1^{er} janvier 1992, tous les documents de politiques, les articles dans le *Bulletin des politiques* et les documents nouveaux et révisés dans le *Manuel des politiques opérationnelles* portent la nouvelle numérotation attribuée aux articles de la Loi.

Vous trouverez dans le présent *Bulletin des politiques* une table de concordance pour faciliter la consultation de la Loi. Étant donné les frais qu'il faudrait engager pour la réimpression et l'envoi du *Manuel des politiques opérationnelles* au complet, la nouvelle numérotation figurera dans les politiques à mesure que celles-ci seront révisées.

Remarque : Aucune date n'a été annoncée en ce qui a trait à la distribution de la Loi sur les accidents du travail refondue.



Le Bulletin des politiques est maintenant imprimé sur du papier recyclé, exempt d'acide et ce, sans frais supplémentaires.



Mise à jour sur les prestations de survivant

En vertu de l'article 35 de la Loi (L.R.O. de 1990), les personnes à charge d'un travailleur décédé lors d'un accident relié au travail ont droit à des indemnités. Par personnes à charge, il faut entendre, entre autres, le conjoint survivant, le conjoint séparé ou divorcé, les enfants et toutes les autres personnes qui dépendaient financièrement du travailleur décédé.

Conjoint sans enfants

Le conjoint survivant a droit à une indemnité payable sous forme de somme forfaitaire versée une seule fois¹ et à des versements mensuels équivalant à 40 pour cent² des gains moyens nets³ du travailleur au moment de l'accident. Ces deux indemnités sont rajustées en fonction de l'âge du conjoint survivant au moment du décès du travailleur.

Conjoint avec enfants

Le conjoint survivant qui a un ou plusieurs enfants reçoit une somme forfaitaire versée une seule fois et des versements mensuels égaux à 90 pour cent des gains moyens nets du travailleur au moment de l'accident, jusqu'à ce que le plus jeune enfant atteigne dix-neuf ans. À ce moment-là, l'indemnité versée au conjoint sans enfants s'applique. Toutefois, dans certains cas, si un enfant poursuit ses études après qu'il a atteint dix-neuf ans, une somme supplémentaire égale à 10 pour cent des gains moyens nets du travailleur est ajoutée à l'indemnité du conjoint à l'égard de chacun des enfants visés, jusqu'à un maximum de 90 pour cent des gains moyens nets du travailleur.

Conjoint n'ayant plus la garde des enfants
Placer un enfant sous la garde d'une société d'aide à l'enfance et le mettre sous la tutelle de cette

société ne constitue pas une mesure permanente, puisqu'il est vraisemblable que l'enfant retournera à un moment donné vivre avec le parent. Dans sa décision de redonner au parent la garde de l'enfant, la société doit considérer la capacité du parent de subvenir aux besoins de l'enfant. Par conséquent, il ne serait pas approprié d'annuler l'indemnité qui est versée au parent. Par contre, mettre un enfant sous la tutelle de la Couronne constitue une mesure permanente, puisqu'il incombe à la Couronne de mettre l'enfant en adoption. La loi précise que l'enfant adopté devient l'enfant du parent adoptif, et qu'il cesse alors d'être l'enfant de la personne qui était le parent avant que l'ordonnance n'ait été déposée. Étant donné qu'il n'y aurait donc plus de lien de parenté, sur le plan juridique, entre l'enfant et le travailleur décédé, aucune indemnité ne serait payable, à l'égard de l'enfant, au conjoint survivant ou aux parents adoptifs.

Enfants, aucun conjoint

Si le travailleur laisse un ou plusieurs enfants, mais aucun conjoint, les enfants reçoivent un paiement forfaitaire versé une seule fois, dont le montant ne varie pas, quel que soit le nombre d'enfants. De plus, si le travailleur laisse un seul enfant, celui-ci reçoit une indemnité sous forme de versements mensuels équivalant à 30 pour cent des gains moyens nets du travailleur au moment de l'accident. Si le travailleur a plus d'un enfant survivant, un montant additionnel de 10 pour cent est versé pour chaque enfant. Le total de l'indemnité mensuelle ne peut dépasser 90 pour cent des gains moyens nets du travailleur.

Conjoint séparé ou divorcé

Le conjoint séparé peut également avoir droit à une indemnité

Remariage

- s'il y a une ordonnance judiciaire ou un accord de séparation en vertu desquels le travailleur est tenu de verser des aliments au conjoint séparé; ou
- s'il peut être prouvé que le travailleur aurait été obligé dans l'avenir de lui verser des aliments.

Le montant de l'indemnité est déterminé en fonction du nombre de personnes que le travailleur avait à sa charge, à titre de conjoint, au moment de son décès. S'il y a plus d'un conjoint à charge, la Commission étudie alors les questions telles que leur dépendance relative, au point de vue financier et affectif, vis-à-vis du travailleur; à l'aide de ces renseignements, la Commission répartit alors l'indemnité entre les conjoints. Les conjoints séparés peuvent également recevoir une indemnité à l'égard des enfants qui étaient à la charge du travailleur. Si, toutefois, il n'y a pas d'autres conjoints qui ont droit à l'indemnité, le conjoint séparé reçoit alors l'indemnité intégrale.

Enfant invalide

Par enfant invalide, il faut entendre un enfant qui est Le remariage du conjoint survivant n'a aucune incidence sur les indemnités pour personne à charge.

Sommaire

Loi sur les accidents du travail refondue 2

Proposition visant à modifier le Règlement 951 3

Indexation des indemnités pour 1992 4

Table de concordance de la Loi sur les accidents du travail

POLICY REPORT

Workers'
Compensation
BoardCommission
des accidents
du travailApril 1992
Vol. 5 No. 2

More Flexibility For Employer Payments

Today's economic climate has made debt collection increasingly difficult and, at the same time, more important than ever to the WCB. As it becomes more difficult to collect overdue assessments, interest charges, and penalties, it also becomes more expensive. In some cases, the amount of money spent on collection activities could exceed the amount collected. The Board must strike a balance between its legislated responsibility to properly maintain the accident fund, and sound accounting practices. Recognising this, the Board has developed a new policy to maximize the return on debt collection.

Board collectors now have more flexibility in arranging payment plans for employers based on the employers' level of financial hardship: temporary, long-term, or permanent.

To determine an employer's level of financial hardship, the WCB collector conducts a financial risk analysis.

- Is a phased payment plan feasible?
- What income and assets are available if enforced collection (execution of a writ) is applied?
- What cost and effort is needed to recover the debt?

The analysis includes a review of

- the employer's audited financial statements
- the size of the debt to the Board, including future expected late payment charges
- the employer's cash flow
- reports from credit reporting agencies
- a list of other creditors and amounts owed by the employer.

In cases of long-term or permanent hardship, the collector then provides WCB management with a complete analysis of the situation, a payment proposal, and reasons why the particular payment proposal is recommended.

Temporary financial hardship

Employers who can't afford to pay their entire debt immediately, but who can afford to pay it over a period of **12 months or less**, fall into this category.

If the employer does not make the arranged payments under this plan, the entire debt becomes due immediately.

The WCB's collection goal is to achieve the maximum recovery of debts, based upon the employer's ability to pay, over the shortest period of time in a cost-effective manner.

The WCB recognizes that debt relief or forgiveness of a portion of a debt may be necessary to realize its collection goals, particularly where employers are experiencing financial hardship and may not have the ability to pay the full debt.

Long-term financial hardship

This category covers employers whose businesses would be put in jeopardy if they had to pay their debt to the Board within 12 months, but who can make the payments through a phased payment plan over **36 months**, particularly if the WCB stops the accumulation of future late payment charges.

Factors that indicate long-term financial hardship include

- limited or reduced cash flow leaving the employer unable to pay each month's interest on the existing debt, and therefore unable to pay off the debt within a period of 13 to 36 months
- other creditors pursuing the employer for overdue payments
- laying-off workers or selling assets, property, or equipment, to down-size operations or reduce debt load.

However, none of these individual factors necessarily means that the employer is suffering long-term financial hardship. A combination of circumstances must exist to justify a collector's judgment that this is the case.

As long as both the current assessment and the phased payments are being made on time, in severe cases the WCB can suspend some or all service charge accumulations. Failure to meet either payment requirements results in collapsing the phased payment plan, in which case the employer becomes liable for any service charges that were suspended — no part of the debt is automatically forgiven. The WCB collector may then either

- establish a new phased payment plan of up to 36 months or beyond at a higher debt level (including the service charges that were suspended), or
- consign the debt to the "permanent financial hardship" category, provided the employer meets the criteria for businesses in that category.

Permanent financial hardship

This category is for employers who are not able to pay the full debt even if the phased payment plan is extended over **60 months**.

Permanent financial hardship is determined if

- there is clear and sufficient evidence documented by the employer that insolvency or bankruptcy is imminent

(continued on page 2)

Incarceration – Effect on Benefits

What effect, if any, does a prison sentence have on an injured worker's right to compensation benefits in Ontario?

Some Canadian jurisdictions have the statutory authority to cancel, withhold, or suspend an injured worker's compensation benefits during a period of incarceration. In Ontario, the *Workers' Compensation Act* makes no distinction between benefits for workers who are incarcerated and for those who are not.

A recently revised Board policy, applicable from January 1, 1992, reflects the rights of incarcerated workers to benefits under the *Act*, while addressing the practical effects confinement imposes.

"Injured workers who are incarcerated or otherwise sentenced for offences retain their rights to benefits. . . .

The terms of their sentences, however, may affect the amount of some compensation benefits to the extent

that the terms of sentences affect [their] earning abilities. Sentences for an offence may also affect entitlement to those benefits that hinge upon workers' participation in vocational rehabilitation programs."

So, while workers who are sentenced to prison retain their rights to benefits under the *Act*, their confinement may affect some benefits. For example, temporary partial disability benefits (s.37(2)(a)) may be paid to workers who, because of their injuries, experience a wage loss when they return to work. Incarcerated workers,

who are partially disabled because of work-related accidents, may not be eligible for these benefits if their wage loss is due to their incarceration. Additionally, the terms of a sentence may affect a worker's ability to participate in a vocational rehabilitation (VR) program. Non-participation does affect the worker's eligibility for temporary partial disability benefits under s.37(2)(b).

As the terms of sentences vary widely, decision-makers must examine each case to determine the effect the sentence has upon the worker's entitlement to benefits.

Benefits that may be affected by

Benefits dependent on the worker's ability to earn	Benefits dependent on the worker's participation in VR programs
Temporary partial disability s.37(2)(a)	Temporary partial disability s.37(2)(b)
Future loss of earnings s.43	Vocational rehabilitation s.53
Retirement pension s.44	Supplement s.43(9)
	Older workers' supplement s.43(8)
	Transitional supplement s.147

Benefits not affected by incarceration

Temporary total disability	s.37(1)
Non-economic loss	s.42
Health care	s.50
Obligation to re-employ	s.54*

* While the terms of a sentence may prevent a worker from accepting an employer's offer of re-employment, the employer remains obliged to make the

offer to re-employ the worker.

Payment methods

Depending on the terms of the sentence, benefits may be paid

- directly to the worker at the penal institution, or
- directly to the worker at the worker's mailing address, or
- to a person of the worker's choice, by written authorization. ☐

Employer Payments (cont'd)

- the employer is in receivership
- the employer has declared bankruptcy and assets are with a trustee
- the employer is undergoing an arrangement of financial affairs under the *Companies Creditors Arrangement Act* (CCAA).

Collectors can negotiate the terms of recovery to obtain the maximum return for the WCB. If the cost of recovering the debt exceeds the amount to be recovered, some or all of the debt may be written off.

This new policy applies to all outstanding debts on or after February 7, 1992. ☐

-POLICY REPORT-

Policy Report is published by the Policy Department of the Workers' Compensation Board. If there is any conflict between the statements contained in this publication and the *Workers' Compensation Act* and/or Board approved policy documents, the *Act* or the approved document governs.

Address your comments or inquiries to:

Editor, **Policy Report**
Policy Publications
Workers' Compensation Board
2 Bloor Street East, 22nd Floor
Toronto, Ontario, M4W 3C3

Graphic Production:
Graphics Services
Communications

ISSN 0838-4754 © 1988

Incarcération - Incidence sur les indemnités

suite d'un accident relié au travail, peuvent ne pas être admissibles à ces indemnités si la perte de salaire est attribuable à leur incarceration. Par ailleurs, la durée d'une peine peut influencer sur la capacité d'un travailleur à participer à un programme de réadaptation professionnelle (RP). L'admissibilité du travailleur aux indemnités d'invalidité partielle temporaire prévues aux termes de l'alinéa 37 (2) b) peut être remise en question si le travailleur ne participe pas à la RP.

Comme la durée des peines varie grandement, les décideurs doivent étudier chaque cas pour déterminer l'incidence qu'aura la peine sur l'admissibilité du travailleur à des indemnités.

Indemnités ne pouvant être compromises par l'incarcération

Invalidité totale temporaire, art. 37 (1)

Perte non économique, art. 42 Soins médicaux, art. 50

* Quoique la durée d'une peine puisse empêcher un travailleur d'accepter l'offre de renversement d'un employeur, l'employeur n'est pas pour autant acquitté de son obligation d'offrir de renverser le travailleur.

Méthodes de paiement
Selon la durée de la peine, les indemnités peuvent être versées

- directement au travailleur, à l'établissement pénitentiaire;
- directement au travailleur, à son adresse postale; ou
- à une personne choisie par le travailleur, autorisation écrite à l'appui. ☐

Indemnités pouvant être compromises par l'incarcération

Indemnités reliées à la capacité de gain	Invalidité partielle temporaire al. 37 (2) a)	Perte de gains future art. 43	Pension de retraite art. 44	Supplément pour travailleurs âgés par. 43 (8)	Supplément transitoire art. 147
Indemnités reliées à la participation à des programmes de RP	Invalidité partielle temporaire al. 37 (2) b)	Réadaptation professionnelle art. 53	Supplément pour travailleurs âgés par. 43 (9)	Supplément transitoire art. 147	

Quelle incidence, le cas échéant, peut avoir une peine d'emprisonnement sur le droit d'un travailleur blessé à des indemnités en Ontario? Certaines juridictions canadiennes ont la compétence législative d'annuler, de retenir ou de suspendre le versement des indemnités d'un travailleur blessé pendant son incarceration. En Ontario, la Loi sur les accidents du travail ne fait aucune distinction entre les indemnités versées aux travailleurs qui sont incarcérés et ceux qui ne le sont pas.

Une politique de la Commission, récemment révisée et en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1992, fait état des droits qu'ont les travailleurs incarcérés à des indemnités en vertu de la Loi et des effets pratiques qu'impose l'emprisonnement. «Les travailleurs blessés qui sont incarcérés ou qui sont condamnés pour avoir commis une infraction conservent leurs droits à des indemnités ... Toutefois, la durée de leur peine peut avoir une incidence sur le montant de certaines indemnités dans la mesure où la durée de la peine influe sur leur capacité de gain. Les peines pour infraction peuvent également avoir des conséquences sur l'admissibilité aux indemnités qui dépendent de la participation à des programmes de réadaptation professionnelle.»

Bref, quoique les travailleurs incarcérés conservent leurs droits à des indemnités en vertu de la Loi, leur emprisonnement peut avoir une incidence sur quelques-unes d'entre elles. Par exemple, les indemnités d'invalidité partielle temporaire [al. 37 (2) a)] peuvent être versées aux travailleurs qui, en raison de la lésion, subissent une perte de salaire lorsqu'ils retournent travailler. Les travailleurs incarcérés, qui sont partiellement invalides à la

Palements des employeurs (suite)

Il est déterminé que l'employeur éprouve des difficultés financières permanentes lorsque l'employeur a des preuves claires et suffisantes à l'appui, de sorte à montrer que l'insolvabilité et la faillite sont imminentes;

- l'entreprise est placée sous séquestre;
- l'employeur s'est déclaré en faillite et que l'actif est géré par un syndic;
- l'employeur est en voie de conclure un arrangement relativement à ses affaires financières en vertu de la Loi sur les arrangements avec les créanciers des compagnies.

Les agents de recouvrement peuvent négocier les conditions de recouvrement en vue d'obtenir le remboursement maximum pour la CAT. Si les coûts de recouvrement de la dette dépassent le montant à recouvrer, une partie de la dette ou toute la dette peut être radisée. Cette nouvelle politique s'applique à toute dette impayée le 7 février 1992 ou après cette date. ☐

commentaires à :

Le Bulletin des politiques est publié par le Service des politiques de la Commission des accidents du travail. S'il y a contradiction entre les déclarations contenues dans cette publication et la Loi sur les accidents du travail et/ou les politiques approuvées de la Commission, c'est à la Loi ou aux documents approuvés qu'il faut se référer.

BULLETIN DES POLITIQUES



Paielements des employeurs... Plus de flexibilité

Difficultés financières à long terme

Cette catégorie comprend les employeurs dont les activités seraient mises en péril s'ils devaient payer leur dette à la Commission dans les 12 mois, mais qui peuvent effectuer des versements échelonnés sur 36 mois, surtout si la CAT cesse d'imposer des amendes pour paiement en retard futures.

Parmi les facteurs qui indiquent que l'employeur éprouve des difficultés financières à long terme, mentionnons entre autres :

- une trésorerie à la baisse ou limitée, faisant en sorte que l'employeur n'est pas en mesure de payer l'intérêt mensuel sur la dette existante en conséquence, ne peut rembourser la dette dans les 13 à 36 mois;
- d'autres créanciers qui tentent de recouvrer de l'employeur des paiements en souffrance;
- une mise à pied des travailleurs ou la vente de l'actif, des biens ou de l'équipement, de sorte à réduire les activités ou à diminuer le montant de la dette.

Toutefois, aucun de ces facteurs, pris individuellement, ne signifie nécessairement que l'employeur éprouve des difficultés financières à long terme. Pour justifier la décision d'un agent de recouvrement selon laquelle l'employeur connaît des difficultés financières à long terme, il faut que plusieurs facteurs entrent en ligne de compte. Dans la mesure où les cotisations courantes et les paiements échelonnés sont versés à temps, la CAT peut suspendre, dans les cas graves, certains frais administratifs ou tous les frais qui se sont accumulés. Le défaut de satisfaire à ses obligations de paiement entraîne la rupture de la convention prévue pour le mode de paiement par versements échelonnés; tous les frais administratifs qui avaient été suspendus deviennent alors exigibles et il n'est pas fait grâce d'aucune partie de la dette. L'agent de recouvrement de la CAT a alors le choix

L'objectif de recouvrement de la CAT est de recouvrer, au cours de la période la plus brève, le montant maximal de la dette, en fonction de la capacité de payer de l'employeur, et ce, de manière rentable. La CAT reconnaît qu'il puisse être nécessaire d'alléger une dette ou de faire grâce d'une partie d'une dette afin d'atteindre ses objectifs de recouvrement, surtout lorsque les employeurs connaissent des difficultés financières et qu'ils ne sont pas en mesure de payer l'intégralité de la dette.

Difficultés financières permanentes

Cette catégorie s'adresse aux employeurs qui ne sont pas en mesure de payer intégralement la dette même si le mode de paiement prévoit l'échelonnement des versements sur une période de 60 mois.

de reléguer la dette à la catégorie de « difficultés financières permanentes », à condition que l'employeur satisfasse aux critères reliés aux activités dans cette catégorie.

- de reléguer la dette à la catégorie de « difficultés financières permanentes », à condition que l'employeur satisfasse aux critères reliés aux activités dans cette catégorie.
- d'établir un nouveau mode de paiement par versements échelonnés d'une durée de 36 mois ou plus en fonction d'une dette plus élevée (y compris les frais administratifs qui avaient été suspendus devenant alors exigibles et il n'est pas fait grâce d'aucune partie de la dette. L'agent de recouvrement de la CAT a alors le choix

Compte tenu du climat économique actuel, le recouvrement des dettes devient un exercice de plus en plus difficile et également plus important que jamais à la CAT. Comme il est plus difficile de recouvrer les cotisations en souffrance, les intérêts et les amendes, il s'ensuit que cela devient aussi plus coûteux. Dans certains cas, le montant d'argent déboursé pour les activités de recouvrement peut même dépasser la somme recouvrée. La Commission doit donc trouver un équilibre entre ses responsabilités législatives visant le maintien adéquat de la caisse des accidents et le respect de principes comptables solides. Compte tenu de ce qui précède, la Commission a élaboré une nouvelle politique afin de maximiser les rentrées provenant du recouvrement des dettes.

Les agents de recouvrement de la Commission ont maintenant plus de flexibilité en ce qui a trait à l'établissement de conventions de paiement pour les employeurs, d'après le degré de difficultés financières que ceux-ci connaissent :

- Un mode de paiement par versements échelonnés est-il réalisable?
- Quels revenu et actif sont disponibles si des mesures de recouvrement obligatoires (exécution d'un bref) sont mises en oeuvre?
- Quels sont les coûts et les efforts devant être déployés pour recouvrer la dette?

L'analyse du risque financier. Pour déterminer le degré de difficultés financières d'un employeur, l'agent de recouvrement de la CAT procède à une analyse des états financiers vérifiés de l'employeur, l'ampleur de la dette payable à la Commission, y compris les amendes pour paiement en retard futures; l'état de la trésorerie de l'employeur; les rapports des bureaux de crédit; une liste d'autres créanciers et les montants dus par l'employeur.

Dans les cas de difficultés financières permanentes ou à long terme, l'agent de recouvrement fournit à la direction de la CAT une analyse détaillée de la situation, une proposition de règlement et les raisons expliquant la recommandation de la proposition de règlement.

Difficultés financières temporaires

Les employeurs qui n'ont pas les moyens de rembourser immédiatement l'intégralité de leur dette, mais qui peuvent se permettre de la rembourser au cours d'une période de 12 mois ou moins, sont classés dans cette catégorie. Si l'employeur n'effectue pas les paiements prévus en vertu de la convention, la dette intégrale devient alors exigible.

Workers'
Compensation
BoardCommission
des accidents
du travailMay 1992
Vol. 5 No. 3

POLICY REPORT

Overpayment recoveries

Overpayments to workers can occur for any number of reasons. But whatever the reason, because the Board has a legislated responsibility to maintain the accident fund, it is obliged to recover overpayments.

However, the Board has always maintained that the recovery of an overpayment should not cause the worker financial hardship, and its recent revision of the overpayment policy affirms this principle and sets time limits for overpayment recovery.

This policy applies to all individuals who have personal coverage (employers, sole proprietors or partners, independent operators, executive officers of corporations, etc.) and who, as workers, have been paid compensation in excess of their coverage. It also applies to employers who are overpaid by the Board for compensation advances paid by the employer to the worker. Fraud-related overpayments are exempt from this policy.

Three-year time limit

While each case must be judged on its own merits, a 3-year time limit is used as a guide to recovery. This means that if an error is discovered 3 years or more after it occurred, any part of the overpayment that is 3 years old or more may be cancelled. The reason for this is: The longer an overpayment exists before the worker is notified, the more likely recovery could cause financial hardship.

The 3-year time limit does not apply to fraud-related overpayments.

Financial hardship

The Board forgives overpayments in full, or in part, if recovery could cause the worker severe long-term financial hardship, and if the prospect for repayment is poor.

A worker's **temporary** inability to repay an overpayment does not constitute financial hardship. But, a worker can show financial hardship with

- statements from financial or credit counselling agencies
- information about current income and expenses
- a discharge of personal bankruptcy.

When a decision-maker determines that severe long-term financial hardship could result, recovery attempts stop, and the overpayment is not recovered from future benefits.

Negotiating repayment method

With every consideration given to the worker's circumstances, a Board decision-maker and the worker negotiate a repayment plan that is best for the worker. The negotiated plan may call for full repayment or phased payments. Deductions could be made from

- future benefit payments in the same claim
- benefits in subsequent claims, or
- re-opened claims.

(continued on page 2)

Overpayment amounts and the recovery process

\$50 or less

greater than \$50 but less than 1 day's compensation at the statutory maximum

greater than 1 day's compensation at the statutory maximum

- Recovery is not cost effective so these amounts are automatically forgiven.
- The Board sends one request for repayment by registered mail. The worker is advised that if repayment is not received, the overpayment will be recovered automatically from future benefits.
- If initial recovery attempts by phone fail, the Board sends a registered letter. It encourages the worker to consider a phased payment plan. It states that
 - recovery attempts will continue
 - if there is no repayment, court action may be considered or the overpayment will be deducted automatically from future benefits.

Family Support Plan Amendment Act

The *Family Support Plan Amendment Act* (Bill 17) came into force on March 1st, 1992. Bill 17, which creates a new method of enforcing support orders in Ontario, provides for the direct deduction of family support payments from an individual's income, at the source.

Under the terms of Bill 17, most workers' compensation benefits are considered income and are, therefore, subject to deduction if the Board receives a Support Deduction Order (SDO). Exempt are medical and vocational rehabilitation expense benefits, lump sum payments, and funds set aside under s.44(1)¹ of the *Workers' Compensation Act*.

In most cases, up to 50% of a worker's compensation benefits may be diverted to the Family Support Plan in compliance with an SDO. Although the *Wages Act* of Ontario limits such deductions to 50% of the amount owed the worker, the *Family Support Plan Amendment Act* provides for the deduction of more than 50% of a worker's income from any single source, if the worker is shown to have other sources of income. It is possible, therefore, that the Board may, in some circumstances, be required to divert all of a worker's benefits to the Family Support Plan.

Before the *Family Support Plan Amendment Act* came into force, the Board was empowered, under s.48 of the

Workers' Compensation Act, to divert a portion of a worker's benefits to the Sheriff of Ontario in compliance with a court order for support. Although s.48 has not been repealed, the *Family Support Plan Amendment Act* provides that an SDO must be satisfied before any other garnishment order can be enforced. Therefore, if the Board receives both an SDO and a s.48 garnishment notice for the same support obligation, the Board makes full payment under the SDO, but makes no payments under the garnishment notice until the Board is notified that the SDO is suspended or terminated.

If two or more SDOs are filed against the same worker, the Board must rank them equally.

If the Board is not paying periodic benefits at regular intervals to an individual, but is served with an SDO, the Family Support Plan must be notified immediately of this by the Board. Under the terms of the *Family Support Plan Amendment Act*, the Board will be held liable for any amount that it fails to deduct without proper reason.

¹ For the purpose of providing a worker who is receiving compensation under s.43 (FEL) with a retirement pension, the Board sets aside additional funds equal to 10% of every FEL payment made to the worker.

Overpayment recoveries (cont'd)

Non-negotiated recoveries

If a worker does not negotiate a plan, the overpayment is automatically deducted from future benefit payments. Overpayments can be deducted

- in full from any lump sum payment
Lump sum payments include
 - temporary disability benefits representing a benefit period greater than 2 weeks
 - permanent impairment benefits payable as a lump sum
 - any pension arrears.
- in 20% increments for any ongoing temporary total, non-economic loss, future economic loss, or loss of retirement income benefits.

Court action

The Board's Collections and Audit Branch considers court action only when all recovery steps fail. Court action stops if the worker negotiates a repayment plan.

Objections

If the worker objects to either the Board's

- determination of an overpayment

- determination of financial hardship, or
- method of recovery

the Board's recovery attempts are suspended until the issue is resolved.

Overpayment Costs

With the introduction of the Worker Benefit System (WBS), unrecovered overpayments are charged to a Board account and **not** to employers.

POLICY REPORT

Policy Report is published by the Policy Department of the Workers' Compensation Board. If there is any conflict between the statements contained in this publication and the *Workers' Compensation Act* and/or Board approved policy documents, the Act or the approved document governs.

Address your comments or inquiries to:

Editor, **Policy Report**
Policy Publications
Workers' Compensation Board
2 Bloor Street East, 22nd Floor
Toronto, Ontario, M4W 3C3

Graphic Production:
Graphics Services
Communications

Loi sur le régime des obligations alimentaires envers la famille

La Loi sur le régime des obligations alimentaires envers la famille (Loi 17) est entrée en vigueur le 1^{er} mars 1992. La Loi 17, qui établit une nouvelle méthode d'exécution des ordonnances alimentaires en Ontario, prévoit la déduction du montant des pensions alimentaires directement du revenu d'un particulier, à la source. Aux termes de la Loi 17, la plupart des indemnités de la Commission des accidents du travail sont considérées comme revenu et sont, par conséquent, assujetties à des déductions si la Commission reçoit une ordonnance de retenue des aliments (ORA). Les indemnités se rapportant aux dépenses reliées à la réadaptation médicale et professionnelle, les paiements forfaitaires et les fonds mis en réserve en vertu du paragraphe 44 (1) de la Loi sur les accidents du travail sont exempts de ces déductions.

Dans la plupart des cas, un montant maximum de 50 pour cent des indemnités d'un travailleur peut être détourné au régime des obligations alimentaires envers la famille conformément à une ORA. Bien qu'en vertu de la Loi sur les salaires de l'Ontario, de telles déductions soient limitées à 50 pour cent du montant dû au travailleur, la Loi sur le régime des obligations alimentaires envers la famille prévoit la déduction de plus de 50 pour cent du revenu qu'un travailleur tire d'une seule source, s'il est démontré que le travailleur a d'autres sources de revenu. Il est donc possible que la Commission soit, dans certaines circonstances, obligée de détourner toutes les indemnités d'un travailleur au régime des obligations alimentaires envers la famille.

Recouvrements des paiements excédentaires (suite)

Recouvrements non négociés

Si un travailleur ne négocie pas un mode de remboursement, le paiement excédentaire est automatiquement déduit de tout paiement d'indemnisation futur. Les paiements excédentaires peuvent être recouvrés

- en déduisant le plein montant du paiement excédentaire d'un paiement forfaitaire
- Les paiements forfaitaires comprennent
- les indemnités d'invalidité temporaire correspondant à une période de plus de deux semaines
- les pensions de déficience permanente payable sous forme de montant forfaitaire
- tout arriéré de pension.
- en déduisant 20 pour cent des indemnités d'invalidité totale temporaire, de perte non économique, de perte économique future ou de perte de revenu de retraite.

Poursuites judiciaires

La Direction du recouvrement et de la vérification de la Commission considère la possibilité d'initier une poursuite judiciaire seulement après que toutes les mesures de recouvrement ont été épuisées. Toute poursuite judiciaire est abandonnée si le travailleur négocie un mode de remboursement.

Contestations

Si le travailleur conteste

- la décision relative à un paiement excédentaire,

- la décision relative aux difficultés financières, ou
 - le mode de recouvrement,
- les mesures de recouvrement de la Commission sont alors suspendues jusqu'à ce que la question soit résolue.
- Coûts des paiements excédentaires**
- Grâce à la mise en place du système d'indemnisation informatisé des travailleurs (SITT), les paiements excédentaires non recouvrés sont imputés à un compte de la Commission et non pas aux employeurs.

Recouvrements des paiements excédentaires (suite)

Le **Bulletin des politiques** est publié par le Service des politiques de la Commission des accidents du travail. S'il y a contradiction entre les déclarations contenues dans cette publication et la Loi sur les accidents du travail et/ou les politiques approuvées de la Commission, c'est à la Loi ou aux documents approuvés qu'il faut se référer.

commentaires à :

Rédaction, Bulletin des politiques
Publication des politiques
Commission des accidents du travail
2, rue Bloor Est
22^e étage
Toronto (Ontario)
M4W 3C3
Services graphiques
Communications

Recouvrements des paiements excédentaires

Les paiements excédentaires versés aux travailleurs peuvent se produire de plusieurs façons. Mais, quoi qu'il en soit, la Commission, en raison de son obligation prescrite par la loi de pourvoir à l'approvisionnement de la caisse des accidents, est tenue de recouvrer les paiements excédentaires.

Toutefois, la Commission a toujours soutenu que le recouvrement d'un paiement excédentaire ne devrait pas causer de difficultés financières au travailleur; la récente révision de la politique relative

aux paiements excédentaires confirme ce principe et fixe des limites quant au recouvrement de ces paiements.

Cette politique s'applique à toute personne qui a souscrit une protection individuelle (employeurs, propriétaires exclusifs ou associés, exploitants indépendants, agents administratifs d'une société, etc.) et qui a reçu, à titre de travailleur, des indemnités dont le montant dépasse celui de la protection. Elle s'adresse aussi aux employeurs qui reçoivent de la Commission un paiement en trop en remboursement des avances sur les indemnités versées au travailleur par l'employeur. Les paiements excédentaires reliés à la fraude ne relèvent pas de la présente politique.

Délai de trois ans

Bien que chaque cas doive être jugé conformément au fond du droit, un délai de trois ans a été fixé comme guide pour le recouvrement des paiements excédentaires. Ainsi, si on relève une erreur trois ans ou plus après qu'elle a été commise, toute partie du paiement excédentaire qui date de trois ans ou plus peut être radiée. Cela s'explique par le fait que plus on attend longtemps avant d'aviser un travailleur qu'il existe un paiement excédentaire, plus il est vraisemblable que le recouvrement puisse causer des difficultés financières. Le délai de trois ans ne s'applique pas aux cas de paiements excédentaires reliés à la fraude.

Si un travailleur reçoit des indemnités dont le montant dépasse celui auquel il a droit aux termes de la Loi, la Commission procède au recouvrement du paiement excédentaire si :

- le travailleur est avisé du paiement excédentaire dans un délai raisonnable (un délai de trois ans sert de guide pour les décideurs de la Commission)
- le recouvrement du paiement excédentaire ne cause pas de difficultés financières au travailleur.

Difficultés financières

La Commission fait grâce des paiements excédentaires, en totalité ou en partie, dans le cas où le recouvrement pourrait occasionner de graves difficultés financières à long terme et si les possibilités de remboursement sont faibles. L'empêchement temporaire d'un travailleur de rembourser un paiement excédentaire ne constitue pas une difficulté financière. Cependant, un travailleur peut démontrer que le remboursement du paiement lui causerait des difficultés financières, en soumettant :

- des déclarations provenant de services de consultation en matière de crédit ou de finances;
- des renseignements sur ses dépenses et son revenu actuels;
- une révocation de faillite personnelle.

Lorsqu'un décideur détermine qu'il pourrait en résulter de graves difficultés financières à long terme, les mesures de recouvrement sont abandonnées et le paiement excédentaire n'est pas déduit des indemnités auxquelles pourrait avoir droit le travailleur dans l'avenir.

Négociation d'un mode de remboursement

En tenant compte de toutes les circonstances dans lesquelles se trouve le travailleur, le décideur de la Commission et le travailleur négocient un mode de remboursement qui convient le mieux au travailleur. Ce mode ainsi négocié peut exiger soit le remboursement intégral, soit des paiements échelonnés. Le paiement excédentaire pourrait aussi être déduit des paiements d'indemnisation futurs versés dans le cadre du même dossier;

- des indemnités versées dans le cadre d'un nouveau dossier; ou
- des indemnités versées dans le cadre d'un dossier ouvert.

(suite à la page 2)

Montants des paiements excédentaires et processus de recouvrement

Le recouvrement n'est pas rentable; on fait automatiquement grâce de ces montants. La Commission envoie par courrier recommandé une demande de remboursement. Le travailleur est avisé que si le remboursement n'est pas reçu, le paiement excédentaire sera déduit automatiquement de toute indemnité future.

Si les tentatives initiales de recouvrement, faites par téléphone, ne réussissent pas, la Commission envoie alors une lettre recommandée dans laquelle elle incite le travailleur à considérer un mode de paiements échelonnés. Dans cette lettre, on déclare que :

- les mesures de recouvrement se poursuivront; et
- si le montant n'est pas remboursé, une poursuite judiciaire peut être envisagée ou le paiement excédentaire sera déduit automatiquement de toute indemnité future.

50 \$ ou moins
Plus de 50 \$, mais moins d'une journée d'indemnisation au taux maximum prévu par la loi

Plus d'une journée d'indemnisation
au taux maximum prévu par la loi

CA 201
L 90
- P 56

Government
Publication

Reinstatement Regulation Approved for Construction Workers

On May 12, 1992, the government of Ontario approved the regulation *Reinstatement in the Construction Industry*, and made it law. The regulation applies to employers who primarily do construction work and who employ 20 or more workers. These employers, under the *Workers' Compensation Act*, must re-employ workers who are injured in work-related accidents if the workers were employed for one continuous year or more before the injury. (Work interruptions during a year do not affect continuity of employment unless: the employer and the worker meant to cut the employment relationship or, the worker comes back to the same employer through the hiring hall process.)

The June 1991 issue of *Policy Report* outlined the proposed regulations for the reinstatement of injured construction workers, but some changes – to improve clarity and the organization of the text – were made before the regulation was approved. The following is a total overview of the approved regulation.

Part 1: General

Sections 1 through 4 describe the obligations that apply to both the unionized and non-unionized sectors of the construction industry.

Accident employers whose primary work is construction (s.1) must re-employ their injured workers in "suitable employment." This means employment

- in the worker's trade, and
- that the worker has the skills to do, and
- that does not pose a health or safety hazard to the worker (s.2).

When workers are able to return to work, their employers must re-employ them by the earliest of these dates: within 2 years of the injury, or within 1 year after the Board advises the employer that the worker is medically able to do the pre-injury job, or the date the worker reaches age 65 (s.3).

Accident employers must accommodate the work or the workplace to the needs of workers who are left impaired, and they must give the Board details of how it will be done.

Changes to the work or the workplace, however, should not cause the employer undue hardship (s.4).

Part 2: Union workers

Sections 5 through 9 apply to employers bound by collective agreements with unions representing workers at the time of the injury.

These accident employers are required to employ their injured workers

- on a collective agreement construction project that is within the (physical) jurisdiction of the collective agreement (unless the agreement restricts mobility)
- or
- in a collective agreement shop (s.6).

When the Board advises these employers that a worker is medically able to do the pre-injury job, the employer must offer a job that is in the workers' trade,

- **at the accident workplace**
if there are the same number of workers or more (not counting the injured worker) in the trade as there were at the time of the accident, or
- **at any collective agreement workplace of the employer**
if work in the trade is being done by a worker hired, assigned, or transferred on or after the date of injury, or
- **at any collective agreement workplace of the employer**
if there is an available position. (s.7)

(continued on page 6)

A joint employer-labour working committee of 6 representatives--3 nominated by the Building Trades Council and 3 nominated by the Council of Ontario Construction Association (COCA)--and one non-voting WCB co-ordinator drew up the recommendations for this regulation.

What's inside...

Reinstatement Regulation Approved for Construction Workers	1
Escalating and Indexing Earnings Ceilings	2
Did you know	5
Amended Regulation 951 Becomes Law	5

Escalating and Indexing Earnings Ceilings

When workers are injured and the Board calculates their loss-of-earnings benefits,* it does so using the average annual earnings of the worker. However, for the purposes of the *Act*, the Board sets a ceiling – the **maximum amount of average earnings upon which the loss of earnings is calculated** – each year. Then, to ensure that benefits equate to the cost of living, the ceiling and any dollar amounts set out in the *Act* are indexed in subsequent years.

Back in 1914, when the WCB began helping Ontario's injured workers, the **maximum annual earnings** covered was the princely sum of \$2,000. Now, according to the most recent figures available from Statistics Canada, the average Ontario worker makes almost that much in **one month**, and the average monthly family income in the province is more than twice that amount.**

The maximum annual earnings covered by the WCB has increased along with increases in the cost of living, as evidenced by the 1992 maximum of \$50,800. So how did we get from \$2,000 to over \$50,000? By revisions to the *Act*! In fact, legislated changes have resulted in 3 distinct time periods, causing more than some confusion for even

the most intrepid workers' compensation specialists. These 3 time-periods are referred to as

- the "**pre-1985 *Act***": for injuries or industrial diseases that occurred **before** the 1st day of April, 1985
- the "**pre-1989 *Act***": for injuries or industrial diseases that occurred April 1, 1985 to January 1, 1990 (inclusive)
- the "**1990 *Act***": for injuries or industrial diseases that occurred **on or after** January 2, 1990.

As explained in the text and charts that follow, the ceilings for accidents during the first 2 time-periods are still effective today for workers who were injured during those times, and those ceilings continue to increase through indexing. The current regime (1990 *Act*) is different from the preceding periods in that **each year** stands alone as a distinct time-period to be indexed each and every year thereafter.

* Pre-1985: Loss of earnings benefit = gross income (up to the ceiling) X 75%

Post-1985: Loss of earnings benefit = gross income (up to the ceiling) minus probable CPP, UIC, and income tax payable X 90%

** Statistics Canada estimated figures for 1990:

Average individual income in Ontario = \$1,828.00/month.

Average family income in Ontario = \$4,752.25/month.

Chart 1: Pre-1985 *Act* for injuries or diseases occurring before April 1, 1985

Effective Date	Indexing Factor	Earnings Ceiling	Reference
July 1, 1975	n/a	\$15,000	s.44(1) ¹
July 1, 1978	n/a	\$16,200	s.44(1) ¹
July 1, 1979	n/a	\$18,500	s.44(1) ¹
July 1, 1981	n/a	\$22,200	s.45(1) ²
July 1, 1982	n/a	\$24,200	s.45(1) ²
July 1, 1983	n/a	\$25,500	s.45(1) ²
July 1, 1984	n/a	\$26,800	s.45(1) ²
July 1, 1985	n/a	\$28,200	s.133(4) ³
Jan 1, 1986	1.7%	\$28,700	s.138(1) ³
Jan 1, 1987	4.4%	\$30,000	s.148 ⁴
Jan 1, 1988	4.3%	\$31,300	s.148 ⁴
Jan 1, 1989	4.2%	\$32,700	s.148 ⁴
Jan 1, 1990	5.1%	\$34,400	s.148 ⁴
Jan 1, 1991	4.8%	\$36,100	s.148 ⁴
Jan 1, 1992	4.4%	\$37,700	s.148 ⁴

NOTES:
 1 = RSO 1970, amended 2 = RSO 1980, amended
 3 = SO 1984, c. 58 4 = RSO 1990 n/a = not applicable

Before 1985, the ceilings were escalated by legislative amendments on an ad hoc basis. To end this era, a ceiling of \$28,200 was legislated by Bill 101, effective July 1, 1985.

The Bill further stipulated that the ceiling which was in effect on July 1, 1985 was to be escalated by 1.7% on January 1, 1986.

This earnings ceiling continues to be indexed according to the *Consumer Price Index* (CPI) on the first day of January each year. So, if workers (injured prior to April 1, 1985) have a recurrence of their injuries, entitling them to benefits, the decision-makers compare

- the workers' most recent earnings at the time of the recurrence, with
- their escalated or indexed pre-accident earnings.

To calculate the compensation rate, the decision-maker uses the higher amount, up to the limit set by the pre-accident escalated earnings ceiling.

Chart 2: Pre-1989 Act for injuries or diseases occurring April 1, 1985 to January 1, 1990 (inclusive)

Effective Date	Indexing Factor	Earnings Ceiling	Reference
Apr 1, 1985	n/a	\$31,500	s.41 ³
Jan 1, 1986	1.7%	\$32,100	s.138(1) ³
Jan 1, 1987	4.4%	\$33,600	s.139 ³
Jan 1, 1988	4.3%	\$35,100	s.139 ³
Jan 1, 1989	4.2%	\$36,600	s.139 ³
Jan 1, 1990	5.1%	\$38,500	s.139 ³
Jan 1, 1991	4.8%	\$40,400	s.139 ³
Jan 1, 1992	4.4%	\$42,200	s.139 ³

NOTES:
 1 = RSO 1970, amended 2 = RSO 1980, amended
 3 = SO 1984, c. 58 4 = RSO 1990 n/a = not applicable

April 1, 1985 marked the introduction of Bill 101 and indexation. On that date, a transition ceiling was initially set at \$31,500. Then, to start indexing off, s.138 of the Bill specified an indexing factor of 1.7% applicable on January 1, 1986. Thereafter, in accordance with s.139 of the Bill, on the first day of January of each year the Board was required to set its indexing factor based on the CPI, and adjust

- the dollar amounts set out in the *Act* (survivors' benefits) and
- the average earnings

by applying the indexing factor to the previous year's amounts.

As shown in chart 2, the earnings ceiling for workers who were injured in 1986 was \$32,100. (Today, that ceiling is \$42,200.) If a worker has a recurrence, the adjudicator applies the indexing factors for the intervening years to the worker's pre-accident earnings, compares the result with the worker's most recent earnings, and uses the higher earnings (up to the limit set by the pre-accident escalated earnings ceiling).

Charts 3A – 3C: 1990 Act for injuries or diseases occurring on or after January 2, 1990

Chart 3A: for accidents January 2, 1990 to December 31, 1990 (inclusive)

Effective Date	Indexing Factor	Earnings Ceiling	Reference
Jan 2, 1990	n/a	\$38,500	s.38(1)(a) ⁴
Jan 1, 1991	4.8%	\$40,400	s.148 ⁴
Jan 1, 1992	4.4%	\$42,200	"

The Bill 162 transition from the pre-1989 *Act* to the current *Act*, stipulated that benefits would be indexed on January 1, 1990 as usual and that on January 2, 1990 (the day the bulk of Bill 162 took effect) the ceiling would be the same as it had been the day before (as noted in charts 2 and 3A).

The ceiling of \$38,500 for the year 1990 continues to be indexed with the CPI on January 1, each year.

Chart 3B: for accidents January 1, 1991 to December 31, 1991 (inclusive)

Effective Date	Indexing Factor	Earnings Ceiling	Reference
Jan 1, 1991	n/a	\$42,000	s.38(1)(b) ⁴
Jan 1, 1992	4.4	\$43,900	s.148 ⁴

Bill 162's second phase for determining the earnings ceiling began on January 1, 1991 when the ceiling was set at \$42,000. Again, the 1991 ceiling continues to be indexed each January.

(continued on page 4)

Escalating and Indexing Earnings Ceilings (cont'd)

Charts 3A – 3C: 1990 Act for injuries or diseases occurring on or after January 2, 1990

Chart 3C: for accidents January 1, 1992 to December 31, 1992 (inclusive)

Effective Date	Average Ind. Wage	Earnings Ceiling	Reference
Jan 1, 1992	\$29,000 x 175%	\$50,800	s.38(1)(c) ⁴

NOTES:

1 = RSO 1970, amended 2 = RSO 1980, amended
3 = SO 1984, c. 58 4 = RSO 1990 n/a = not applicable

Finally, on January 1, 1992, Bill 162 changed how the Board arrives at the earnings ceiling. On that date and for the foreseeable future, the ceiling is calculated as **175% of the average industrial wage for Ontario for the year**. The average industrial wage for 1991 was approximately \$29,000, so on January 1, 1992, the ceiling was adjusted to \$50,800 (\$29,000 + \$21,750, rounded up to the nearest hundred).

In 1993, and each year thereafter, the 1992 ceiling will be indexed according to the CPI. This change will create a unique series of earnings ceilings.

In summary, each year on January 1, the Board calculates the earnings ceiling for accidents or diseases occurring that year using the average industrial wage for Ontario. Once it is calculated, it is set and indexed each year thereafter according to the CPI. So, at the beginning of each year, the Board will start a new chart.

Chart 4: Annually indexed dollar amounts, April 1, 1985 to date

Since Bill 101 became effective on April 1, 1985, the dollar amounts set out in the *Act* (i.e., survivors' benefits) have been indexed according to the CPI each January 1.

In 1990, with the introduction of Bill 162, dollar amounts now include the base amount and adjustment factor for the calculation of Non-Economic Loss (NEL) benefits. The Board indexes these amounts on January 1 of each year when it sets the earnings ceiling.

Effective Date	Indexing Factor	Survivors' Lump Sum ¹ s.35(1)(a)	Survivors' Adjustment Factor s.35(1)(a)	NEL Base Amount ² s.42(2)(b)	NEL Adjustment Factor s.42(2)(b)
April 1, 1985	n/a	\$40,000.00	\$1,000.00	—	—
Jan 1, 1986	1.7%	\$40,680.00	\$1,017.00	—	—
Jan 1, 1987	4.4%	\$42,469.13	\$1,061.75	—	—
Jan 1, 1988	4.3%	\$44,296.13	\$1,107.41	—	—
Jan 1, 1989	4.2%	\$46,156.57	\$1,153.92	—	—
Jan 1, 1990	5.1%	\$48,510.56	\$1,212.77	\$45,000.00	\$1,000.00
Jan 1, 1991	4.8%	\$50,839.07	\$1,270.98	\$47,160.00	\$1,048.00
Jan 1, 1992	4.4%	\$53,075.99	\$1,326.90	\$49,235.00	\$1,094.00

(See Notes on page 5)

Chart 4:
Annually indexed dollar amounts
(cont'd)

NOTES:

1. In 1985, the Board began paying a survivors' lump sum benefit. The benefit was calculated by
 - taking the **base amount** of \$40,000, and
 - adding an **adjustment factor** of \$1,000 for each year of age the surviving spouse was under the age of 40, or
 - subtracting \$1,000 for each year of age the surviving spouse was over the age of 40.

The maximum payable was \$60,000 and the minimum payable was \$20,000.

Example:

In 1985, a surviving spouse aged 35 would have received \$45,000.

$$\begin{array}{rcl}
 \$40,000 & + & \$5,000 \\
 \text{base} & & \text{adjustment} \\
 \text{amount} & & \text{factor} \\
 & = & \$45,000.
 \end{array}$$

The method of calculation remains the same, but the **base amount** and **adjustment factor** have been indexed annually as shown in chart 4.

For more information about survivors' benefits see document 05-03-10 of the *Operational Policy* manual.

2. In 1990, the Board began paying NEL benefits. These benefits were calculated by
 - taking the **NEL base amount** of \$45,000, and
 - adding an **adjustment factor** of \$1,000 for each year of age the worker was under 45 at the time of accident, or
 - subtracting \$1,000 for each year of age the worker was over 45 at the time of accident.

The resulting figure was then multiplied by the percentage of the worker's permanent impairment as determined by the Board.

Example:

In 1990, an injured worker aged 50 with a 10% permanent impairment rating would have received \$4,000

$$\begin{array}{rcl}
 \$45,000 & - & \$5,000 = \$40,000 \\
 \text{base} & \text{adjustment} & \\
 \text{amount} & \text{factor} & \times 10\% \\
 & & = \$4,000
 \end{array}$$

The method of calculation remains the same. The **base amount**, and **adjustment factor** are indexed annually as shown in chart.

For more information about NEL benefits see section 05-06 of the *Operational Policy* manual. □

Amended Regulation 951 Becomes Law

On May 28, 1992, the Ontario government passed into law amendments to Regulation 951 of the *Workers' Compensation Act*. The amended regulation introduces a new schedule (Schedule 4) in which asbestosis and mesothelioma are now entered. The inclusion of these diseases into Schedule 4 establishes that when a worker has worked in a process that generates airborne asbestos fibres and is diagnosed with either of these diseases, the disease is presumed to be due to the nature of the employment, and **cannot be rebutted**.

The change to the regulation is important in that these are the first diseases to be entered in Schedule 4 of the *Act*. However, this irrebuttable presumption of work-relatedness does not have a major impact on entitlement. The Board already provides compensation to claimants who have these diseases if they work in processes where airborne asbestos fibres are generated.

As for claims previously denied, a discussion paper is currently going through the consultation process. Once the process is completed, a policy will be developed for the approval of the board of directors. *Policy Report* will keep you informed.

For more information on asbestosis and mesothelioma

- see *Policy Report* Vol. 5 No.1, Page 3
- contact Reimar Gaertner, Medical and Occupational Disease Policy Branch at (416) 927-4944. □

Did you know

- *Contractors* can no longer request "worker by application" coverage through the purchaser's (principal's) account. Contractors who qualify as independent operators and wish to be covered as "workers" under the Act should apply to the Board for personal coverage. (See 01-02-03, Workers and Independent Operators and 08-02-03, Personal Coverage.)
- *If a policy* is revised because the Board of Directors finds it to be contrary to law, and a previous adjudication decision denying entitlement is reviewed because of the revised policy, interest is payable if the decision denying entitlement to benefits is overturned. No matter what the claim registration date is, interest accrues from the date of the worker's disability, impairment, or death, OR January 6, 1989, whichever is later.

Reinstatement Regulation Approved for Construction Workers (cont'd)

If the Board advises these employers that workers are not able to do their pre-injury jobs but are medically fit to return to work, the employers must give these workers first chance to accept suitable jobs that come up (s.8).

If the Board advises these employers that their workers can never work on a construction site again, the employers must give these workers first chance at suitable jobs other than on construction sites, or at workplaces not necessarily within the jurisdiction of a collective agreement(s.9).

Part 3: Non-Union workers

Sections 10 through 14 apply to employers who are not subject to collective agreements with unions representing workers (s.10).

If these employers are still employing workers where the worker was injured, when the Board advises them that a worker can do the pre-injury job, they must offer the worker a job in the worker's trade if

- at that workplace there are the same number of workers or more (not counting the injured worker) in the trade as there were at the time of the injury, or
- work in the worker's trade is being done by a worker hired on or after the date of the injury, or

- there is a job available in the worker's trade (s.11).

If employers are no longer employing workers where the worker was injured, or if the conditions above (s.11) cannot be met, when the Board tells them that a worker can do the pre-injury job, they must offer the worker a job in the worker's trade at a construction project or shop, if

- there is a job available, or
- work in the trade is being done by someone hired on or after the date of the worker's injury (s.12).

Any job that the employer must offer under sections 11 and 12, must be comparable--in earnings, length of the project, and distance from where the worker lives--to the job the worker had at the time of the injury. If more than one job is available, the employer must offer the one that is most similar to the worker's pre-injury job (s.13).

When the Board advises employers that a worker is medically

- able to return to suitable work, but can't do the pre-injury job, or
- unable to work on a construction site again

the employer must offer the worker first chance to accept any suitable jobs that come up (s.14). ☐

Has your address changed?

To ensure you receive each issue of *Policy Report*, and to keep our mailing costs down, we need to keep our distribution system up-to-date. Please submit any changes in your mailing address to:

**Manuals Distribution Specialist
Policy Publications
Workers' Compensation Board
2 Bloor Street East, 22nd Floor
Toronto, Ontario, M4W 3C3
Telephone: (416) 927-4941**

Subscriptions to *Policy Report* are free on request to this address.

-POLICY REPORT-

Policy Report is published by the Policy Department of the Workers' Compensation Board. If there is any conflict between the statements contained in this publication and the *Workers' Compensation Act* and/or Board approved policy documents, the Act or the approved document governs.

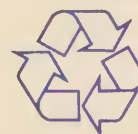
Address your comments or inquiries to

Editor, **Policy Report**
Policy Publications
Workers' Compensation Board
2 Bloor Street East, 22nd Floor
Toronto, Ontario, M4W 3C3

Graphic Production:
Graphics Services
Communications

ISSN 0838-4754 © 1992

Policy Report is
printed on acid-free,
recycled paper at no
extra cost.



Approbation du règlement sur le renforcement des travailleurs de la construction (suite)

Si la Commission avise ces employeurs que les travailleurs ne sont pas en mesure d'occuper leur emploi d'avant la lésion mais qu'ils sont aptes, sur le plan médical, à retourner travailler, les employeurs doivent permettre à ces travailleurs d'accepter en premier les postes appropriés qui deviennent disponibles (art. 8).

Si la Commission avise ces employeurs que leurs travailleurs ne pourront plus travailler sur un chantier de construction, les employeurs doivent permettre à ces travailleurs d'accepter en premier des postes appropriés ailleurs que sur le chantier de construction ou à des lieux de travail qui ne relèvent pas nécessairement de la convention collective (art. 9).

Partie 3 - Travailleurs non syndiqués

Les articles 10 à 14 s'appliquent aux employeurs non liés par des conventions collectives passées avec un syndicat représentant les travailleurs (art. 10).

Si, au moment où la Commission avise les employeurs qu'un travailleur est en mesure d'occuper son emploi d'avant la lésion, ces employeurs emploient toujours des travailleurs au lieu de travail de l'accident, ils doivent offrir au travailleur un emploi dans le métier du travailleur si :

- au lieu de travail en question, le nombre de travailleurs dans le métier, hormis le travailleur blessé, est égal ou supérieur à ce qu'il était au moment de l'accident, ou
- le travail, dans le métier du travailleur, est effectué par un travailleur embauché à la date de l'accident ou après cette date, ou

Avez-vous changé d'adresse?

Afin de nous assurer que vous recevez chaque numéro du *Bulletin des politiques* et de garder nos frais de poste à la baisse, nous devons tenir notre liste d'envoi à jour. Veuillez donc communiquer tout changement d'adresse au :

**Responsable de la distribution
des manuels
Publication des politiques
Commission des accidents du travail**
2, rue Bloor Est, 22^e étage
Toronto (Ontario) M4W 3C3
(416) 927-4941

Labonnement au *Bulletin des politiques* est gratuit sur demande à l'adresse susmentionnée.

- un poste est disponible dans le métier du travailleur (art. 11).
- Si les employeurs n'emploient plus de travailleurs au lieu de travail de l'accident, ou si les conditions énoncées ci-dessus ne peuvent être satisfaites (art. 11), les employeurs doivent, lorsque la Commission les avise qu'un travailleur est en mesure d'occuper son emploi d'avant la lésion, offrir au travailleur un emploi dans le métier du travailleur sur un chantier de construction ou dans un atelier si :
- un poste est disponible, ou
- le travail, dans le métier, est effectué par un travailleur embauché à la date de l'accident ou après cette date (art. 12).
- Tout emploi que l'employeur est tenu d'offrir en vertu des articles 11 et 12 doit être comparable - par le salaire, la durée des travaux et la distance à parcourir - à l'emploi que le travailleur avait au moment de l'accident. Si plus d'un emploi est disponible, l'employeur doit offrir celui qui ressemble le plus à celui qu'occupait le travailleur avant sa lésion (art. 13).
- Lorsque la Commission avise l'employeur que le travailleur, sur le plan médical, est en mesure de retourner travailler mais non d'occuper l'emploi d'avant la lésion, ou
- n'est plus en mesure de travailler sur un chantier de construction,
- l'employeur doit permettre au travailleur d'accepter en premier les postes appropriés qui deviennent disponibles (art. 14). ☐

-BULLETIN DES POLITIQUES-

Le *Bulletin des politiques* est publié par le Service des politiques de la Commission des accidents du travail. S'il y a contradiction entre les déclarations contenues dans cette publication et la Loi sur les accidents du travail et/ou les politiques approuvées de la Commission, c'est à la Loi ou aux documents approuvés qu'il faut se référer.

Veuillez adresser vos questions ou commentaires à :

Rédactrice, Bulletin des politiques
Publication des politiques
Commission des accidents du travail
2, rue Bloor Est
22^e étage
Toronto (Ontario)
M4W 3C3
Services graphiques
Communications
ISSN 0838-4754 © 1992



Le Bulletin des politiques est
maintenant imprimé
sur du papier
recyclé, exempt
d'acide et cc, sans
frais supplémentaires.

REMARQUES :

1. En 1985, la Commission commençait à verser des prestations de survivant sous forme de somme forfaitaire. Le montant était calculé comme suit :

- montant de base de 40 000 \$
- plus un rajustement de 1000 \$ pour chaque année qui constitue la différence entre l'âge du conjoint survivant et l'âge de 40 ans, ou
- moins 1 000 \$ pour chaque année que le conjoint survivant a au-delà de 40 ans.

Le maximum payable était de 60 000 \$ et le minimum, de 20 000 \$.

Exemple :

En 1985, un conjoint survivant de 35 ans aurait reçu la somme de 45 000 \$.

$$\begin{array}{r} \text{montant} \\ \text{de base} \end{array} \quad \begin{array}{r} \text{rajus-} \\ \text{tement} \end{array} \quad \begin{array}{r} 40\,000\ \$ \\ + \\ 5\,000\ \$ \end{array} = 45\,000\ \$.$$

La méthode de calcul est inchangée mais le montant de base et le rajustement sont indexés annuellement comme le montre le tableau 4.

Pour plus de précisions sur les prestations de survivant, voir le document 05-03-10 du *Manuel des politiques opérationnelles*.

2.

En 1990, la Commission commençait à verser l'indemnité pour perte non économique (PNE). Le montant de cette indemnité était calculé de la manière suivante :

- montant de base de 45 000 \$
- plus un rajustement de 1 000 \$ pour chaque année qui restait au travailleur, au moment de la lésion, avant d'atteindre quarante-cinq ans, ou
- moins 1 000 \$ pour chaque année qu'avait le travailleur au-delà de quarante-cinq ans au moment de la lésion.

Le résultat obtenu était alors multiplié par le pourcentage de déficience permanente établi par la Commission.

Exemple :

En 1990, un travailleur blessé de 50 ans, atteint d'une déficience permanente de 10 pour cent, aurait reçu la somme de 4 000 \$.

$$\begin{array}{r} \text{montant} \\ \text{de base} \end{array} \quad \begin{array}{r} \text{rajus-} \\ \text{tement} \end{array} \quad \begin{array}{r} 45\,000\ \$ \\ - \\ 5\,000\ \$ \end{array} = 40\,000\ \$ \quad \begin{array}{r} \times \\ 10\ \% \end{array} = 4\,000\ \$$$

La méthode de calcul est inchangée mais le montant de base et le rajustement sont indexés annuellement comme le montre le tableau 4.

Pour plus de précisions sur les indemnités pour PNE, voir la section 05-06 du *Manuel des politiques opérationnelles*. ☐

Le Règlement 951 modifié devient loi

Le 28 mai 1992, le gouvernement de l'Ontario a adopté les modifications au Règlement 951 de la *Loi sur les accidents du travail*. Le règlement modifié renferme un nouvel annexe (annexe 4) dans lequel figurent l'amiantose et le mésothéliome. L'inscription de ces maladies à l'annexe 4 établit que lorsqu'un travailleur exerce un emploi qui comporte l'émission de fibres d'amiante aéroportées, la maladie est réputée attribuable à la nature de l'emploi et le diagnostic posé devient irréfutabla.

Cette modification du règlement est importante en ce sens que les deux maladies sont les premières qui seront inscrites à l'annexe 4 de la *Loi*. Toutefois, la présomption irréfutabla se rapportant au lien de causalité avec le travail n'influe pas tellement sur l'admissibilité. La Commission accorde déjà une indemnisation aux requérants atteints de ces maladies, à condition qu'ils exercent un emploi qui comporte l'émission de fibres d'amiante aéroportées.

Quant aux demandes refusées antérieurement, un document de travail est actuellement soumis à la consultation. Lorsque la consultation aura pris fin, une politique sera élaborée et soumise à l'approbation du conseil d'administration. Le *Bulletin des politiques* vous tiendra au courant.

Pour plus de renseignements sur l'amiantose et le mésothéliome :

- consulter le *Bulletin des politiques*, vol. 5, n° 1, page 3;
- communiquer avec Reimar Gaertner, Direction des politiques relatives aux services médicaux et aux maladies professionnelles au (416) 927-4944. ☐

Saviez-vous que ...

les *entreprises* n'ont plus la possibilité d'obtenir la «protection facultative» par l'entremise du compte de l'acheteur (l'entrepreneur principal). Les entrepreneurs qui sont considérés comme exploitants indépendants et qui désirent être protégés à titre de «travailleurs» en vertu de la *Loi* devraient souscrire la protection individuelle. (Voir les documents 01-02-03, «Travailleurs et exploitants indépendants» et 08-02-03, «Protection individuelle»).

si une *politique* est révisée parce que le conseil d'administration la considère comme contraire à la loi, et qu'une décision d'indemnisation, prise antérieurement et refusant l'admissibilité, est réexaminée en raison de la politique révisée, des intérêts sont payables si la décision refusant l'admissibilité est renversée.

Quelle que soit la date d'enregistrement de la demande, les intérêts sont cumulés à partir de la date de l'invalidité, de la déficience ou du décès du travailleur, OU du 6 janvier 1989, selon la plus tardive de ces dates.

Augmentation et indexation du plafond des gains

(suite)

Tableaux 3A à 3C : Loi de 1990 pour les lésions ou maladies professionnelles survenues le 2 janvier 1990 ou après cette date

En résumé, le 1^{er} janvier 1992, la Loi 162 a modifié le calcul du plafond des gains. À compter de cette date et pour l'avenir immédiat, le plafond correspond à 175 % du salaire moyen dans l'industrie en Ontario pour l'année. Le salaire moyen dans l'industrie pour 1991 était d'environ 29 000 \$; ainsi, le 1^{er} janvier 1992, le plafond est passé à 50 800 \$ (29 000 \$ + 21 750 \$, arrondi au cent dollar près). En 1993 et pour chaque année ultérieure, le plafond de 1992 sera indexé en fonction de l'IPC. Cette modification entraînera une série unique de plafonds des gains. En résumé, le 1^{er} janvier de chaque année, la Commission calcule le plafond des gains pour les accidents ou les maladies qui surviennent cette année-là en utilisant le salaire moyen dans l'industrie en Ontario. Ce plafond est indexé chaque année par la suite en fonction de l'IPC. Ainsi, au début de chaque année, la Commission entreprend un nouveau tableau.

Tableau 4 : Montants indexés annuellement depuis le 1^{er} avril 1985

Depuis l'entrée en vigueur de la Loi 101, le 1^{er} avril 1985, les montants exprimés en dollars dans la Loi (ex. : prestations de survivant) sont indexés chaque année, le 1^{er} janvier, en fonction de l'IPC.

Tableau 3C : Accidents survenus entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 1992 inclusivement

Entrée en vigueur	Salaire moyen dans l'ind. des gains	Plafond des gains	Référence
1 ^{er} janvier 1992	29 000 \$ x 175 %	50 800 \$	al. 38 (1) b) ⁴

Renvois :
1 - L.R.O. 1970, modifiées; 2 - L.R.O. 1980, modifiées;
3 - Chap. 58 de 1984; 4 - L.R.O. 1990; s/o = sans objet.

Entrée en vigueur	Facteur d'indexation	Somme forf. (survivants)	Rajustement (survivants)	Montant de base (PNE) ²	Rajustement (PNE)
1 ^{er} avril 1985	s/o	40 000,00 \$	1 000,00 \$	--	--
1 ^{er} janvier 1986	1,7 %	40 680,00 \$	1 017,00 \$	--	--
1 ^{er} janvier 1987	4,4 %	42 469,13 \$	1 061,75 \$	--	--
1 ^{er} janvier 1988	4,3 %	44 296,13 \$	1 107,41 \$	--	--
1 ^{er} janvier 1989	4,2 %	46 156,57 \$	1 153,92 \$	--	--
1 ^{er} janvier 1990	5,1 %	48 510,56 \$	1 212,77 \$	45 000,00 \$	1 000,00 \$
1 ^{er} janvier 1991	4,8 %	50 839,07 \$	1 270,98 \$	47 160,00 \$	1 048,00 \$
1 ^{er} janvier 1992	4,4 %	53 075,99 \$	1 326,90 \$	49 235,00 \$	1 094,00 \$

Tableau 2 : Loi d'avant 1989 pour les lésions ou maladies professionnelles survenues entre le 1^{er} avril 1985 et le 1^{er} janvier 1990 inclusivement

Entrée	Facteur	Plafond	d'indexation des gains	Référence
1 ^{er} avril 1985	s/o	31 500 \$		art. 413
1 ^{er} janvier 1986	1,7 %	32 100 \$		par. 138 (1)3
1 ^{er} janvier 1987	4,4 %	33 600 \$		art. 1393
1 ^{er} janvier 1988	4,3 %	35 100 \$		art. 1393
1 ^{er} janvier 1989	4,2 %	36 600 \$		art. 1393
1 ^{er} janvier 1990	5,1 %	38 500 \$		art. 1393
1 ^{er} janvier 1991	4,8 %	40 400 \$		art. 1393
1 ^{er} janvier 1992	4,4 %	42 200 \$		art. 1393

Renvois :
1 - L.R.O. 1970, modifiées; 2 - L.R.O. 1980, modifiées;
3 - Chap. 58 de 1984; 4 - L.R.O. 1990; s/o = sans objet.

Tableaux 3A à 3C : Loi de 1990 pour les lésions ou maladies professionnelles survenues le 2 janvier 1990 ou après cette date

Entrée	Facteur	Plafond	d'indexation des gains	Référence
le 31 décembre 1990 inclusivement				
2 janvier 1990	s/o	38 500 \$		al. 38 (1) a)4
1 ^{er} janvier 1991	4,8 %	40 400 \$		art. 1484
1 ^{er} janvier 1992	4,4 %	42 200 \$		art. 1484

Entrée	Facteur	Plafond	d'indexation des gains	Référence
et le 31 décembre 1991 inclusivement				
1 ^{er} janvier 1991	s/o	42 000 \$		al. 38 (1) b)4
1 ^{er} janvier 1992	4,4 %	43 900 \$		art. 1484

Le 1^{er} avril 1985 a marqué l'entrée en vigueur de la Loi 101 et de l'indexation. Ce jour-là, le plafond transitoire a initialement été fixé à 31 500 \$. Pour amorcer le processus d'indexation, l'article 138 de la Loi précisait qu'un facteur d'indexation de 1,7 % serait appliqué le 1^{er} janvier 1986. Par la suite, aux termes de l'article 139, la Commission devait établir un facteur d'indexation le 1^{er} janvier de chaque année, en fonction de l'IPC, et devait rajuster les montants exprimés en dollars dans la Loi (prestations de survivant), et les gains moyens, en appliquant le facteur d'indexation aux montants de l'année précédente.

Comme le montre le tableau 2, le plafond des gains pour les travailleurs qui ont subi une lésion en 1986 était de 32 100 \$. Aujourd'hui, le plafond est de 42 200 \$. Si un travailleur a une récurrence, l'agent d'indemnisation applique aux gains d'avant l'accident du travailleur le facteur d'indexation des années intermédiaires, compare le résultat obtenu aux gains les plus récents du travailleur et utilise le montant le plus élevé, sous réserve de la limite imposée par le plafond des gains rajustés d'avant l'accident.

La Loi 162, qui servait de transition entre la Loi d'avant 1989 et la Loi actuelle, prévoyait que les indemnités seraient indexées le 1^{er} janvier 1990 comme d'habitude et que le 2 janvier 1990 (date à laquelle la majeure partie de la Loi 162 a pris effet), le plafond serait le même que celui du jour précédent (tel qu'il est précisé dans les tableaux 2 et 3A).

Le plafond de 38 500 \$, établi pour 1990, continue d'être indexé chaque année le 1^{er} janvier en fonction de l'IPC.

La Loi 162 prévoyait, dans une deuxième étape, un plafond des gains de 42 000 \$ le 1^{er} janvier 1991. L'indexation du plafond de 1991 se poursuit le 1^{er} janvier de chaque année.

Augmentation et indexation du plafond des gains

- la «Loi d'avant 1985» - pour les lésions ou maladies professionnelles survenues avant le 1^{er} avril 1985,
- la «Loi d'avant 1989» - pour les lésions ou maladies professionnelles survenues entre le 1^{er} avril 1985 et le 1^{er} janvier 1990 inclusivement,
- la «Loi de 1990» - pour les lésions ou maladies professionnelles survenues le 2 janvier 1990 ou après cette date.

Comme l'indiquent le texte et les tableaux qui suivent, les plafonds applicables aux accidents survenus au cours des deux premières périodes sont toujours en vigueur pour les travailleurs qui ont subi une lésion au cours de ces périodes et ces plafonds continuent d'augmenter au moyen de l'indexation. Quant à la période actuelle (Loi de 1990), elle est différente des deux autres en ce sens que chaque année constitue une «période» distincte donnant lieu à une indexation lors de chacune des années ultérieures.

* Avant 1985 : indemnité pour perte de gains = revenu brut (sous réserve du maximum) X 75 %

Après 1985 : indemnité pour perte de gains = revenu brut (sous réserve du maximum) moins les déductions probables au titre du RPC, de l'assurance-chômage et de l'impôt sur le revenu X 90 %

** Données estimatives de Statistique Canada pour 1990 : revenu des particuliers moyen en Ontario, 1 828,00 \$ par mois; revenu familial moyen en Ontario, 4 752,25 \$ par mois.

Tableau 1 : Loi d'avant 1985 pour les lésions ou maladies professionnelles survenues avant le 1^{er} avril 1985

Lorsque les travailleurs subissent une lésion et que la Commission calcule leur indemnité pour perte de gains*, celle-ci utilise les gains annuels moyens du travailleur. Cependant, pour l'application de la Loi, la Commission fixe chaque année un plafond — le montant maximum des gains moyens qui servent à calculer la perte de gains. Puis, pour faire en sorte que les indemnités suivent l'augmentation du coût de la vie, la Commission fait, lors des années ultérieures, l'indexation du plafond et de tout montant exprimé en dollars dans la Loi.

En 1914, lorsque la CAT a commencé à aider les travailleurs blessés de l'Ontario, le montant maximum des gains annuels s'établissait à la somme principale de 2 000 \$. Maintenant, selon les données les plus récentes de Statistique Canada, le travailleur ontarien moyen gagne presque cette somme par mois et le revenu mensuel moyen d'une famille en Ontario est plus de deux fois ce montant.**

Le montant maximum des gains annuels couverts par la CAT a évolué au rythme des augmentations du coût de la vie, comme en fait foi le maximum de 1992 qui est de 50 800 \$. Mais comment sommes-nous passés de 2 000 \$ à plus de 50 000 \$? En modifiant la Loi. En fait, les modifications législatives ont produit trois périodes distinctes, ce qui a quelque peu détourné les spécialistes les plus tenaces de l'indemnisation des travailleurs. Ces trois périodes sont reconnues par les désignations suivantes :

Entrée en vigueur	Facteur	Plafond d'indexation des gains	Plafond Référence
1 ^{er} juillet 1975	s/o	15 000 \$	par. 44 (1) ¹
1 ^{er} juillet 1978	s/o	16 200 \$	par. 44 (1) ¹
1 ^{er} juillet 1979	s/o	18 500 \$	par. 44 (1) ¹
1 ^{er} juillet 1981	s/o	22 200 \$	par. 45 (1) ²
1 ^{er} juillet 1982	s/o	24 200 \$	par. 45 (1) ²
1 ^{er} juillet 1983	s/o	25 500 \$	par. 45 (1) ²
1 ^{er} juillet 1984	s/o	26 800 \$	par. 45 (1) ²
1 ^{er} juillet 1985	s/o	28 200 \$	par. 133 (4) ³
1 ^{er} janvier 1986	1,7 %	28 700 \$	par. 138 (1) ³
1 ^{er} janvier 1987	4,4 %	30 000 \$	par. 1484
1 ^{er} janvier 1988	4,3 %	31 300 \$	par. 1484
1 ^{er} janvier 1989	4,2 %	32 700 \$	par. 1484
1 ^{er} janvier 1990	5,1 %	34 400 \$	par. 1484
1 ^{er} janvier 1991	4,8 %	36 100 \$	par. 1484
1 ^{er} janvier 1992	4,4 %	37 700 \$	par. 1484

Remarques : 1 - L.R.O. 1970, modifiées; 2 - L.R.O. 1980, modifiées; 3 - Chap. 58 de 1984; 4 - L.R.O. 1990; s/o = sans objet.

- Avant 1985, les plafonds étaient indexés au moyen de modifications législatives, sur une base individuelle. La Loi 101, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 1985, mettait fin à cette méthode et fixait un plafond de 28 200 \$. La Loi 101 prévoyait que le plafond, qui était en vigueur le 1^{er} juillet 1985, serait majoré de 1,7 % le 1^{er} janvier 1986.
- Ce plafond des gains continue d'être indexé chaque année le premier jour de janvier en fonction de l'indice des prix à la consommation (IPC) du Canada. Ainsi, si les travailleurs (blessés avant le 1^{er} avril 1985) ont une réciproque de leur lésion et sont admissibles aux indemnités, les décideurs comparent :
- les gains les plus récents des travailleurs au moment de la réciproque, et
- les gains indexés d'avant l'accident.

Pour calculer le montant des indemnités, les décideurs utilisent le montant le plus élevé, sous réserve de la limite imposée par le plafond des gains rajustés d'avant l'accident.

Approbation du règlement sur le rengagement des travailleurs de la construction

Le 12 mai 1992, le gouvernement de l'Ontario a approuvé le règlement sur le rengagement des travailleurs de la construction et lui a donné force de loi. Ce règlement s'applique aux employeurs qui opèrent principalement dans le domaine de la construction et qui emploient 20 travailleurs ou plus. Ces employeurs, en vertu de la Loi sur les accidents du travail, doivent rengager les travailleurs qui sont blessés lors d'accidents reliés au travail si les travailleurs ont été employés de manière ininterrompue pendant au moins un an avant leur lésion. (Les interruptions de travail au cours de l'année n'influent pas sur la continuité de l'emploi, à moins que l'employeur et le travailleur n'aient voulu rompre la relation d'emploi, ou que le travailleur ne revienne travailler pour le même employeur en passant par un bureau d'embauchage.)

Partie 1 - Généralités

Le numéro de juin 1991 du *Bulletin des politiques* décrivait sommairement le règlement proposé pour le rengagement des travailleurs blessés de la construction; certaines modifications — visant à améliorer la clarté et la disposition du texte — ont été apportées avant que le règlement ne soit approuvé. Voici un survol général du règlement adopté.

Les articles 1 à 4 décrivent les obligations qui s'appliquent tant aux travailleurs syndiqués qu'aux travailleurs non syndiqués de l'industrie de la construction. Les employeurs au moment de l'accident dont le travail principal est la construction (art. 1) doivent rengager les travailleurs blessés et leur offrir un «emploi approprié». Cela signifie un emploi dans le métier du travailleur, compte tenu de ses compétences, et qui ne présente pas de risque pour la santé et la sécurité du travailleur (art. 2).

Lorsque les travailleurs sont en mesure de retourner travailler, les employeurs doivent les rengager à celle des dates suivantes qui est antérieure aux autres : dans les deux années qui suivent la date de la lésion, dans l'année qui suit le moment où la Commission avise l'employeur que le travailleur est en mesure, sur le plan médical, d'occuper l'emploi d'avant la lésion, ou à la date où le travailleur atteint l'âge de 65 ans (art. 3).

Les recommandations dudit règlement ont été rédigées par un comité mixte d'employeurs et de travailleurs comprenant six membres ayant droit de vote, dont trois nommés par le Conseil des métiers de l'Ontario et trois par le Conseil des associations de la construction (CAC), et un coordonnateur de la CAT sans droit de vote.

L'employeur (art. 4).

Partie 2 - Travailleurs syndiqués

Les articles 5 à 9 s'appliquent aux employeurs liés par des conventions collectives passées avec un syndicat représentant les travailleurs au moment de la lésion.

Ces employeurs au moment de l'accident sont tenus d'employer les travailleurs blessés : dans des chantiers de construction régis par la convention collective et qui se trouvent dans les limites territoriales prévues par la convention collective (à moins que la convention ne restreigne la mobilité), ou dans un atelier régi par la convention collective (art. 6). Lorsque la Commission avise ces employeurs qu'un travailleur est en mesure, sur le plan médical, d'effectuer le travail d'avant la lésion, l'employeur doit offrir un travail dans le métier du travailleur :

- au lieu de travail de l'accident, si dans le métier le nombre de travailleurs, hormis le travailleur blessé, est égal ou supérieur à ce qu'il était au moment de l'accident, ou
- à tout lieu de travail de l'employeur régi par la convention collective, si le travail, dans ce métier, est effectué par un travailleur embauché, assigné ou muté à la date de l'accident ou après cette date, ou
- à tout lieu de travail de l'employeur régi par la convention collective, si un poste est disponible (art. 7).

(suite à la page 6)

Sommaire...	
Approbation du règlement sur le rengagement des travailleurs de la construction	1
Augmentation et indexation du plafond des gains	2
Le Règlement 951 modifié devient loi	5
Saviez-vous que	5

CASON
L90
-P56

POLICY REPORT



Workers' Compensation Board

Commission des accidents du travail

September 1992
Vol. 5 No. 5

Medical rehabilitation snapshot

The focus of the August 1991 issue of *Policy Report* was Vocational Rehabilitation (VR). Integral to the success of VR is the maximum medical rehabilitation of the injured worker. Therefore, this issue offers an overview of the Board's community approach to medical rehabilitation (MR) and the interrelationships between MR and VR.

Ask Silken Laumen about the fast track to physical recovery. Injured so severely that her chances for even getting to the Olympics were said to be over, she fought back against the pain, conquered her injury, and brought home the bronze. How did she do it? Aggressive medical treatment, early active physical therapy, determination, and a goal.

Professional athletes have long known the value of the aggressive "fast track" approach to medical rehabilitation (MR). And because it works, the Board for 3 years has promoted a "sports medicine treatment model." It has contracted — on a fee for service basis — community clinics across Ontario which employ expert staff, the appropriate treatment philosophy, and state-of-the-art equipment to provide physical rehabilitation programs to injured workers.

At this time, the Board's sports medicine approach is focused on musculo-

skeletal and soft tissue injuries — back injuries and strains or sprains of muscles, ligaments, and tendons — which respond best to sports therapy. The fundamentals are a short period of rest during the acute phase of injury recovery, immediately followed by a progressive increase in activities, and access to quality assessment and treatment.

The approach has proven to be the quickest route to recovery. And that is the goal of MR: to help workers recover from their injuries quickly, with as little disruption to their lives as possible, so that they can return to work and the full activities of daily living.

The first step in MR

The injured worker's treating practitioner — the family or company physician, specialist, or chiropractor — plays a pivotal role in medical rehabilitation management, evaluating the injury, assessing the treatment

approaches (suitability for the Board's program) and, if appropriate, referring the worker to a community clinic.

Board medical advisors, nurse specialists, and claims decision-makers monitor reports from treating practitioners regularly. If it appears that the worker would benefit from physical rehabilitation at a clinic but a referral has not been made, they contact the treating practitioner and suggest one.

Community Clinics (CCs)

The over 100 community clinics the Board has contracted across Ontario have been accredited by the Ontario Workers' Compensation Institute. They offer expert treatment close to the worker's home and place of employment, minimizing disruption to the worker's life, allowing workers to engage in concurrent treatment and work.

(continued — pages 2 to 6)

An interview with Brian King

Brian King, Vice-Chair of Administration of the Ontario WCB, is committed to resolving the complex issues that surround workers' compensation. But his is much more than just a professional interest. In 1967, while working on an oil rig in Saskatchewan, Brian lost one leg and badly injured the other in a work-related accident.

Following extensive medical rehabilitation, Mr. King attended university under the auspices of the Saskatchewan Workers' Compensation Board. It was there, during his final year, that he was offered the opportunity to start up the Office of

the Worker Advocate. Thus began his advocacy of medical and vocational rehabilitation for injured workers, and what has been a dramatically successful career in workers' compensation.

Twelve years after his accident, Brian King accepted the chair of the Saskatchewan Workers' Compensation Board. He went on to chair the Manitoba Board, and the Manitoba Appeals Tribunal. In April 1991, he was appointed to the vice-chair's position for the Ontario Board.

Q. Mr. King, most of us — workers and employers — have never had a serious injury and we can only

imagine the obstacles on the path to recovery. You had a devastating work-related injury 25 years ago. What were your experiences of medical rehabilitation back then, and in terms of workers' compensation, how far have we progressed in this discipline?

A. I think the method of delivering medical rehabilitation differed; so has its availability. In terms of methodology, there was far less emphasis on immediate and active rehabilitation. It was more

(continued — pages 2 to 5)

MR snapshot

The clinics are independent of the Board, but because the Board pays for the services they provide, they must meet Board standards in terms of quality treatment, staffing, philosophy of treatment, and equipment. And they must be able to accommodate the worker within 5 days of referral.

Physical rehabilitation programs

To ensure an early start in an injured worker's rehabilitation, the Board encourages treating practitioners to refer their injured worker-patients to Board-approved clinics as soon as possible after the injury or recurrence.

Workers are eligible for a program if

- they have soft tissue injuries or minor musculoskeletal injuries (uncomplicated by fractures), and
- they are referred by their treating practitioner within 70 days of the injury or recurrence. Timing is important for effective treatment, and no referrals are accepted by a clinic after 70 days.

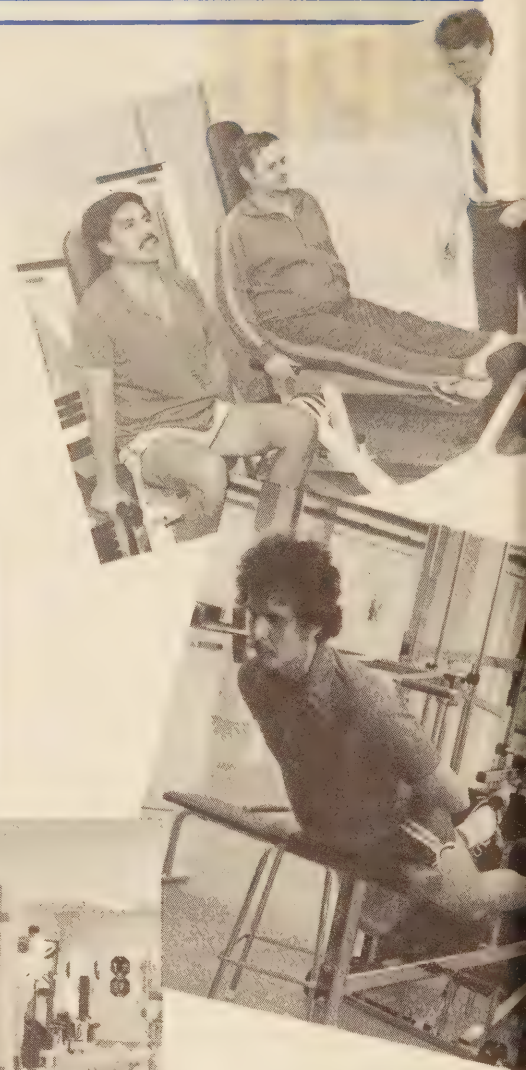
The program has 3 phases which together can run for a maximum of 30 consecutive treatment days. But first, all workers are assessed by a

physical therapist or a chiropractor to ensure that they are appropriate candidates and to determine a treatment plan. Once workers have committed to the program, clinic staff monitor each worker's progress daily so that changes can be made to maximize benefits.

Education is an important component of the programs. Workers spend time each day learning how to prevent injuries, how to perform physical activity safely, and the importance of maintaining good health and fitness.

Phase 1

Focuses on pain relief, gentle mobilization of the injury site, education about the injury, and the approach to be taken to enhance recovery — 1 hour per day for a maximum of 5 days.



Interview

passive. After my injury, it was probably 3 months before I began taking rehabilitation. Today, we get people back up and on their feet and active in rehabilitation within days or weeks of a serious injury. That's the first thing — the very philosophy of rehabilitation has changed. Secondly, availability: Rehabilitation is now understood to be far more important in terms of the priorities that the health care system faces. In 1967 in Saskatchewan, it was relatively poorly resourced in terms of funding and personnel.

I could look back to that province today and see far more emphasis being put on medical rehabilitation.

- Q.** What changes have you seen in Ontario?
- A.** Well, in Ontario one of the most visionary decisions, in my view, was to move the service into the community where workers can stay close to their families, their friends, and their employers, and *still* receive quality service in terms of medical rehabilitation. At this time, in terms of the efficacy of this approach — we can only guess what the benefits might be in recovering injured workers to the work force.

I am most impressed by the decision of this Board of Directors to decentralize that service.

- Q.** It is said that the key factors influencing a quick recovery are individual motivation and the support of family and friends. We can guess what motivates athletes — to be number one! But what about the rest of us? What, who, motivated you?
- A.** I would have to say first on the list was the support I did receive from my family and friends. But, I must explain the impact the Workers' Compensation Board can have on motivation.

Phase 2

Increasingly intensive exercise programs designed to improve flexibility and increase strength around the injury site, physical conditioning exercises to increase and maintain the worker's tone, emphasis on education – 2 hours per day up to a maximum of 5 days.

Phase 3

A fully intensive conditioning program to improve overall fitness levels, strength, flexibility, and endurance. Exercises on sequence training equipment, group activities, continued emphasis on education – 3 to 4 hours a day for up to 20 days.

When workers have completed their physical rehabilitation, clinic discharge reports are sent directly

to their treating practitioners, detailing the progress made during treatment, and recommending the worker's

- return to unrestricted activity
- return to activity with restrictions or
- assessment at a Regional Evaluation Centre for a multi-disciplinary health care assessment (the second component of MR).

The treating practitioner determines the course of any further action after a worker's discharge from the program.

Regional Evaluation Centres (RECs)

The evaluation centres provide early access to the comprehensive assess-

ment component necessary to facilitate rehabilitation. The 24 centres across the province provide 2 types of assessments: Multi-disciplinary health care assessments and functional abilities evaluations, though not all provide both.

Multi-disciplinary health care assessment (MHCAs)

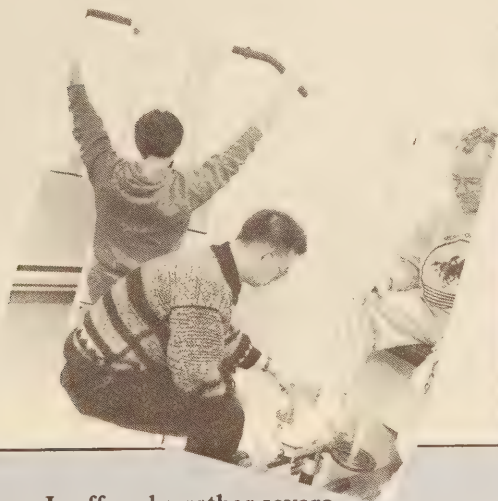
Referrals are made for MHCAs when there is a need for a comprehensive assessment to clarify a worker's diagnosis, prognosis, or medical status. This information is required

- when the worker has not responded as expected or has plateaued in response to treatment
- to assist the treating practitioner in developing focussed rehabilitation goals.

A MHCA referral is most effective when made within 12 months of the date of injury or recurrence. Only one MHCA is necessary, unless

- there is a significant change in health status
- there is no response to a defined treatment plan.

Once again, the treating practitioner is the primary referral source for a MHCA, but the Board's medical advisors, or nurse specialists, or



I suffered a rather severe traumatic injury and was in an acute care setting for some weeks. I was visited within days by a representative of the Workers' Compensation Board who left me with 3 points which are, 25 years later, *indelibly* etched in my mind.

1. You are entitled to benefits under workers' compensation, so don't worry about your immediate future in terms of the financial side of it.
2. We are here to help you when you are ready to begin the process of vocational rehabilitation.

3. Start thinking about your future right now. You cannot do what you used to do. You cannot work with your back – metaphorically speaking – any longer, but you are still a valuable part of our community. We're here to help you, but you have to make the decision as to what tools you will need to once again be an active participant in the community. So the choice is yours to make that decision – and you *must* make that decision.

This message was very helpful in directing me away from the

negative side of the injury to the fact that, all right, although I have lost something there are ways to replace what I've lost with different tools – in my case that happened to be education.

- Q. The task force on service delivery and vocational rehabilitation said the Board needs an outreach program to educate the medical community on the advantages of involving injured worker-patients in early, proactive medical rehabilitation. How do you envisage involving the medical community – in particular, family practitioners?

MR snapshot

community clinics can make a REC referral in consultation with the treating practitioner.

In a MHCA the worker is assessed by a medical specialist and a physiotherapist.

The medical specialist concentrates on the worker's current health condition, and reviews the medical history, past treatment, and medical opinions. Appropriate tests such as x-rays may be carried out.

The physiotherapist reviews and assesses the worker's current strength, flexibility, and range of motion.

Based on their review of past treatment history and clinical and diagnostic results, recommendations are made which assist the treating practitioner to move the patient's rehabilitation forward. The recommendations are provided in a comprehensive report clarifying the diagnosis, prognosis, treatment recommendation, if any, and medical restrictions.

Functional Abilities Evaluation (FAE)

The Board's VR caseworkers are the only referral source for FAEs which are also conducted at regional

evaluation centres. FAEs are an important tool in the development of VR goals. They consist of a series of assessment procedures used to identify an injured worker's physical abilities and functional tolerances.

Caseworkers use FAEs for vocational planning to determine whether the worker is able to perform the physical demands of a specific job, or when there is uncertainty as to whether the worker's functional ability is impeding the caseworker's ability to identify realistic vocational goals.

Occupational therapists and physiotherapists are the core of the FAE team.

The physiotherapist

- reviews all the worker's medical reports
- compiles a brief management history (physiotherapy, chiropractic treatment, or a pain management program)
- conducts a physical capacity evaluation – if a job match has been requested – using various assessment procedures to measure range of movement, muscle strength, neurological deficits, and

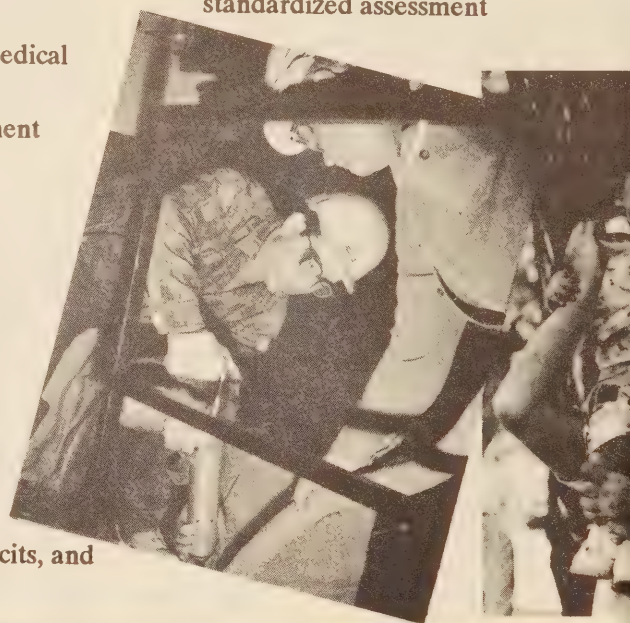
abnormalities in posture and gait. The Canadian Standardized Test of Fitness protocol is followed.

The occupational therapist performs the Functional Abilities Evaluation by

- using standardized testing protocols to identify the injured worker's physical abilities over a wide range of functional tasks relevant to the demands of the workplace
- objectively assessing the injured worker's physical abilities.

The FAE final report includes

- a review of the results of the standardized assessment



Interview

4. About the time the task force report came out, we had plans in place to begin very aggressive communications with the medical community on the availability of the community clinic service and the advantages of treatment there. So that side of the equation was in place.

But I'm a great believer in word of mouth – of results being the best communicator in the world, and I believe that as workers go through the community clinics, as the family physicians see the results of their referrals, there will

be a natural evolution, with family practitioners making referrals to the clinics a part of their treatment prescription, for the appropriate cases.

As you are aware, the administration has been asked to provide the Board of Directors with the action plan for the full implementation of the task force report at the October Board of Directors meeting. That work is presently under way, so there will likely be additional items to meet the need to better communicate with the medical community.

- Q. You are a role model for all of us – especially injured workers.

What advice or encouragement would you give an injured worker who is now facing the medical and/or vocational rehabilitation process?

4. I have met – and this is not hyperbole – over 10,000 injured workers in a career spanning over 20 years in the workers' compensation field. I have never met a happy injured worker who is not employed. I've never met a happy injured worker who was forced to drop out of society – meaning employment. It is demeaning, personally, to the individual to be thrown on the so-called, "scrap heap."

- recommendations on the worker's physical ability to meet the physical demands of the specific job
- recommendations as to whether a physical conditioning program would enhance the worker's physical abilities to meet the demands of the identified job.

Physical conditioning programs

A VR caseworker is the only referral source for these programs which are provided at community clinics.

Workers are referred for physical conditioning when

- an FAE has been done for the purposes of a specific job, and the

FAE identifies the worker as having the potential to meet the physical demands of the job after a 4-6 week period of active, intensive physical conditioning, and

- there is a job immediately available.

The program goals are to maximize the worker's physical abilities and enhance re-employment potential.

Physical conditioning consists of specific and general exercises 3-4 hrs/day for a minimum of 3 days a week, including an educational component of at least 30 minutes a day. The educational component deals with topics such as injury prevention, lifting techniques, proper body mechanics, life-style, fitness, and nutrition. The worker can be discharged at any time, once the goals for the conditioning program

have been met. The Clinic provides a discharge report

for the case-worker as to whether the FAE goals were met and provides recommendations.

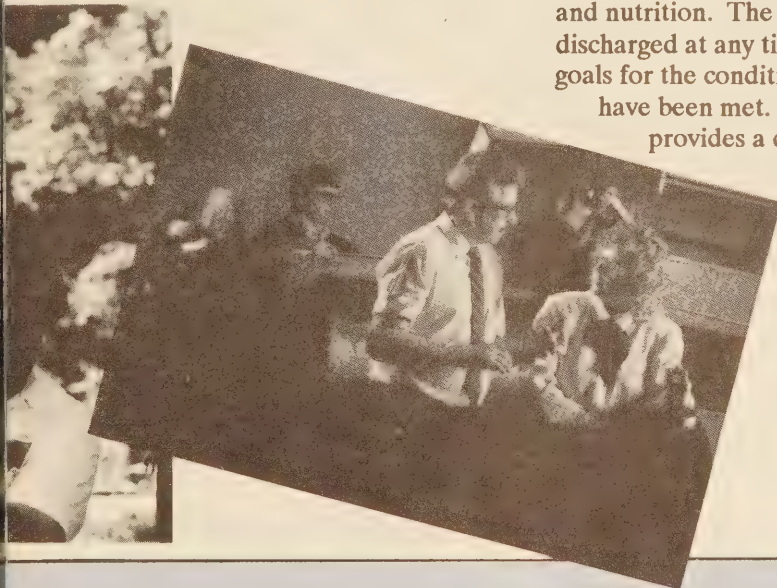
Ontario Workers' Compensation Institute (OWCI)

The OWCI is a non-profit, non-share capital corporation set up independent of the Workers' Compensation Board. Its mandate encompasses 3 areas: research, quality improvement and accreditation, and education and program development.

Research – The OWCI conducts clinical and population health research into risk factors for work-related injury and illness, as well as research on the rehabilitation and return to work of injured and ill workers. Included in its mandate is an evaluation of a new approach to the rehabilitation of injured workers now being implemented through the network of community clinics and regional evaluation centres.

Quality Improvement – The institute's quality improvement role is two-fold. It conducts accreditation reviews of CCs and RECs, and promotes the development of ongoing quality improvement at clinics and RECs.

Education – The institute keeps up-to-date on current trends in the treatment, assessment, and education of workers with soft tissue injuries.



My advice to injured workers is, *demand* your place back in society. *Demand* to be treated as a valuable part of society. Don't allow yourself to be pushed aside.

The solution is to recover as much as you can of your physical abilities, and then determine what you're going to need to participate, once again, as fully as you can in society. This is the lesson that all of us who lived through the International Year of the Disabled should have learned – that those who have disabilities are no longer prepared to sit at home in closets. They demand, *rightly*, a place at the front edge of our society.

I was a panelist at the national ombudsman's conference in Saskatoon, which was attended by ombudsmen from across Canada. On this panel were 4 people who had different disabilities or impairments. It was an interesting meeting because most of the litigation that ombudsmen are involved in is to try to convince compensation boards that an injured worker has no abilities and therefore should be considered disabled.

It was revealing because the ombudsmen were trying to learn from disabled people what attitude their litigation should

take. My advice to them was: You're hearing from people who demand a place in society. We are capable of working, and my advice to you, is that you should be fighting to have injured workers trained and rehabilitated back to employment, rather than fighting to have people declared totally disabled or some other artificial concept.

I don't think that concept has proper meaning in the era of Rick Hanson wheeling around the world, and double amputees, like Carlos Costa, swimming Lake Ontario. □

MR snapshot

The information is used to develop new and improved rehabilitation programs for workers, and to satisfy the professional training and continuing educational needs of health care providers.

For more information about the Ontario Workers' Compensation Institute and its newsletter *Perspectives*, audio- and video-tapes, and research papers, contact Ms. Greer Palloo in the Education Department of the Ontario Workers' Compensation Institute at (416) 927-2027 or fax (416) 927-4167.

For WCB brochures and pamphlets contact the Communications Branch at (416) 927-3500.

The Medical Rehabilitation Services Branch implements and monitors the activities of the Community Clinic and Regional Evaluation Centre network. Should you need further information about MR, please call Bice Awan, Director, Medical Rehabilitation Services Branch at (416) 927-4084. □

Public Consultation

The WCB held public consultation meetings across Ontario on 1993 assessment rates and the revenue system.

Public meetings occurred as follows:

Thunder Bay	September 9	Ramada Hotel
Ottawa	September 11	Chimo Hotel
Mississauga	September 15	Ramada Airport West
London	September 17	Sheraton Armouries
Sudbury	September 22	President Hotel
Scarborough	September 24	Sheraton Toronto East
Hamilton	September 29	Convention Centre
Windsor	October 1	Royal Marquis Inn

To receive a copy of the consultation paper, please call 1-800-387-0750 extension 8689, or (416) 926-8689 from 8:30 a.m. to 4:30 p.m., Monday to Friday.

The WCB is continuing consultation on the **Employer's Report of Injury/Disease (Form 7)** and the **Worker's Report of Injury/Disease (Form 6)**.

Written submissions are invited by October 15, 1992. For copies of the most recent versions of the forms, or for more information, call the Consultation Unit at the above numbers. □

POLICY REPORT

Policy Report is published by the Policy Department of the Workers' Compensation Board. If there is any conflict between the statements contained in this publication and the *Workers' Compensation Act* and/or Board approved policy documents, the *Act* or the approved document governs.

Address your comments or inquiries to

Editor, **Policy Report**
Policy Publications
Workers' Compensation Board
2 Bloor Street East, 22nd Floor
Toronto, Ontario, M4W 3C3

Graphic Design & Production:
Graphics Services
Communications

ISSN 0838-4754 © 1992

Policy Report is printed on acid-free, recycled paper at no extra cost.



Clarification

In Vol. 5 No. 3 of *Policy Report*, we ran an article entitled "*Overpayment recoveries*." The article concluded: "With the introduction of the Workers Benefit System (WBS), unrecovered overpayments are charged to a Board account and not to employers." Stephen Cryne, Executive Director of the Employers' Advocacy Council, pointed out that this statement was erroneous. Quite right! The statement should have read "...unrecovered overpayments are charged to a Board account and not against individual employer accounts."

Editor

Has your address changed?

To ensure you receive each issue of *Policy Report*, and to keep our mailing costs down, we need to keep our distribution system up-to-date. Please submit any changes in your mailing address to:

**Manuals Distribution
Specialist
Policy Publications
Workers'
Compensation Board
2 Bloor Street East,
22nd Floor**

**Toronto, Ontario, M4W 3C3
Telephone: (416) 927-4941**

Subscriptions to *Policy Report* are free on request.

Réadaptation médicale

Il utilise l'information obtenue pour concevoir, à l'intention des travailleurs, de nouveaux programmes de réadaptation améliorés et pour répondre aux besoins des professionnels de la santé en matière de formation professionnelle et de perfectionnement. Pour obtenir plus de précisions au sujet de l'Institut des accidents du travail de l'Ontario ou du bulletin, *Perspectives*, ainsi que des bandes vidéo ou audio et des documents de recherche, veuillez communiquer avec Mme Greer Pallao du Service de l'éducation de l'Institut des accidents du travail de l'Ontario au (416) 927-2027 ou au (416) 927-4167 (télécopieur). Pour obtenir de la documentation, veuillez communiquer avec la Direction des communications au (416) 927-3500. La Direction des services de réadaptation médicale met en oeuvre et suit de près les activités du réseau des cliniques communautaires et des centres d'évaluation régionaux. Pour plus de renseignements sur la RM, veuillez appeler Bice Awan, directrice des services de réadaptation médicale, au (416) 927-4084. □



Le Bulletin des politiques est maintenant imprimé sur du papier recyclé, exempt d'acide et ce, sans frais supplémentaires.

Production : Services graphiques Communications ISSN 0838-4754 © 1992

Le Bulletin des politiques est publié par le Service des politiques de la Commission des accidents du travail. S'il y a contradiction entre les déclarations contenues dans cette publication et la Loi sur les accidents du travail et/ou les politiques approuvées de la Commission, c'est à la Loi ou aux documents approuvés qu'il faut se référer.

Veuillez adresser vos questions ou commentaires à :

Rédacteur, Bulletin des politiques
Commission des accidents du travail
2, rue Bloor Est, 22^e étage
Toronto (Ontario) M4W 3C3

Erratum

Dans un numéro précédent du *Bulletin des politiques* (Vol. 5, N° 3), nous avons publié un article intitulé «*Recouvrements des paiements excédentaires*». On pouvait lire, en conclusion de cet article : «Grâce à la mise en place du système d'indemnisation informatisé des travailleurs (SIIT), les paiements excédentaires non recouvrés sont imputés à un compte de la Commission et non pas aux employeurs». M. Stephen Cryne, directeur général du Employers' Advocacy Council, nous a fait remarquer que cela n'était pas exact. Il avait tout à fait raison. Il aurait fallu dire : «... les paiements excédentaires non recouvrés sont imputés à un compte de la Commission et non pas aux comptes des employeurs.»

Le rédacteur

Consultations publiques

La CAT a tenu des réunions publiques dans tout l'Ontario afin de discuter des taux de cotisation de 1993 et de la formule de revenu. Les réunions publiques se sont tenues aux dates et aux endroits suivants :

Thunder Bay	9	septembre	Hôtel Ramada
Ottawa	11	septembre	Hôtel Chimo
Mississauga	15	septembre	Ramada Airport West
London	17	septembre	Sheraton Armouries
Sudbury	22	septembre	Hôtel President
Scarborough	24	septembre	Sheraton Toronto East
Hamilton	29	septembre	Centre des congrès
Windsor	1 ^{er}	octobre	Royal Marquis Inn

de maladie (travailleur).

Des mémoires peuvent être soumis jusqu'au 15 octobre 1992. Pour obtenir un exemplaire de la plus récente version des formulaires, ou pour obtenir plus de précisions, veuillez appeler l'Unité des consultations, aux numéros indiqués ci-dessus. □

Avez-vous changé d'adresse?

Afin de nous assurer que vous recevez chaque numéro du *Bulletin des politiques* et de garder nos frais de poste à la baisse, nous devons tenir notre liste d'envoi à jour. Veuillez donc communiquer tout changement d'adresse au :

Responsable de la distribution des manuels
Publication des politiques
Commission des accidents du travail
2, rue Bloor Est, 22^e étage
Toronto (Ontario) M4W 3C3
(416) 927-4941

Labonnement au *Bulletin des politiques* est gratuit sur demande.

- des recommandations en vue de déterminer si un programme de mise en forme physique pourrait améliorer les capacités physiques du travailleur et permettre à ce dernier de satisfaire aux exigences des emplois identifiés.

Programme de mise en

forme physique

Seul l'agent de RP peut orienter le travailleur en vue d'un tel programme offert par les cliniques communautaires.

Les travailleurs se voient offrir un programme de mise en forme physique :

- lorsqu'ils ont subi une ECF en vue d'occuper un emploi précis, et que l'ECF a permis de conclure que le travailleur pourrait satisfaire aux exigences physiques de l'emploi après avoir suivi un programme de mise en forme physique :



- physique actif et intensif pendant quatre à six semaines,
- lorsqu'un emploi est disponible sur-le-champ.

Le programme a pour but de maximiser les capacités physiques du travailleur et d'améliorer les chances de renforcement de celui-ci.

Le programme de mise en forme physique consiste en exercices généraux et particuliers effectués au rythme de trois à quatre heures par jour, trois jours par semaine au minimum; de plus, il comprend un volet éducation d'au moins trente minutes par jour. Ce volet traite de sujets tels que la prévention des lésions, les techniques de levage, les mouvements corporels appropriés, les habitudes de vie, le bien-être physique et la nutrition. Le travailleur peut recevoir son congé à tout moment si les objectifs visés ont été atteints. La clinique envoie un rapport à l'agent de RP, lui indiquant si les objectifs fixés ont été atteints, et elle émet des recommandations.

Institut des accidents du travail de l'Ontario (IATO)

L'IATO est un organisme sans but lucratif et sans capital-actions, indépendant de la Commission des accidents du travail. Il œuvre dans trois secteurs : la recherche, l'amélioration de la qualité et l'accréditation, et l'éducation et l'élaboration de programmes.

Recherche - IATO mène une recherche clinique et médicale sur les facteurs de risque relatifs aux lésions et aux maladies reliées au travail, ainsi qu'une recherche sur la réadaptation et le retour au travail des travailleurs blessés ou malades. Sa mission comprend l'évaluation d'une nouvelle approche envers la réadaptation des travailleurs blessés qui est actuellement mise en œuvre dans le réseau de cliniques communautaires et de centres d'évaluation régionaux.

Amélioration de la qualité - Le rôle de l'IATO dans le secteur de l'amélioration de la qualité comporte deux aspects. L'IATO effectue des évaluations d'accréditation des cliniques communautaires et des CBR et promeut l'élaboration de programmes d'amélioration de la qualité continus.

Education - L'IATO se tient au courant des tendances dans le traitement, l'évaluation et l'éducation des travailleurs atteints de lésions des tissus mous.

La solution est de retrouver la plus grande partie de ses capacités physiques possible, puis de déterminer ce dont on aura besoin pour réintégrer, le plus pleinement possible, la société. C'est la leçon qu'auraient dû retenir tous ceux qui ont vécu l'Année internationale des personnes handicapées : que ceux et celles qui sont atteints d'invalidité ne sont plus disposés à demeurer enfermés dans leur cocon. Ils revendiquent, et à bon droit, leur place dans les premières loges de la société. J'ai participé à Saskatoon à la conférence nationale réunissant tous les ombudsmans du Canada; notre groupe de discussion était composé de quatre personnes

atteintes d'invalidité ou de déficience. Cette réunion a été intéressante. J'ai appris, en effet, que les ombudsmans, dans la plupart des litiges auxquels ils participent, doivent tenter de convaincre les commissions des accidents du travail que les travailleurs blessés n'ont aucune capacité et devraient, en conséquence, être considérés comme invalides. Cela était d'autant plus intéressant que les ombudsmans tentaient de savoir, des personnes handicapées, quel aspect leurs litiges devaient prendre. Mon conseil a été le suivant : vous avez revendiqué leur place au sein de la société. Ces personnes peuvent

travailler et je dirai que vous devriez lutter pour que les travailleurs blessés reçoivent une formation ou une réadaptation qui leur permette de reprendre le travail plutôt que de lutter pour que des personnes soient déclarées totalement invalides ou de débattre de notions absconse.

Je ne crois pas que les notions absconse aient une résonance profonde à l'époque où un Rick Hanson fait le tour du monde en fauteuil roulant, ou que des athlètes amputés des deux jambes, comme Carlos Costa, tentent de traverser le lac Ontario à la nage. □

Commission, ainsi que le personnel des cliniques communautaires, peuvent également faire une telle orientation, après avoir consulté le praticien traitant.

Lors de l'EMM, le travailleur se soumet à une évaluation effectuée par un spécialiste et un physiothérapeute. Le spécialiste étudie principalement l'état de santé du travailleur, les antécédents médicaux, les traitements antérieurs et les opinions des médecins. Il peut faire subir des examens tels que des radiographies. Pour sa part, le physiothérapeute étudie et évalue la force du travailleur, sa souplesse et l'amplitude de ses mouvements.

En se basant sur l'étude des traitements antérieurs et les résultats des épreuves cliniques et diagnostiques, le spécialiste et le physiothérapeute émettent des recommandations qui aident le praticien traitant à faire progresser la réadaptation du patient. Ces recommandations sont contenues dans un rapport global qui précise le diagnostic, le pronostic, le traitement recommandé et, au besoin, les restrictions d'ordre médical.

Évaluations des capacités fonctionnelles (ECF)

Seuls les agents de RP peuvent orienter le travailleur en vue d'une ECF, qui est également effectuée dans les centres d'évaluation régionaux. Les ECF constituent un outil important dans le processus de RP.

Entretien

cliniques communautaires et des avantages des traitements offerts dans ces cliniques. Cet aspect était déjà prévu.

Je crois beaucoup au bouche à oreille et à la puissance de communication des résultats, et je crois qu'au fur et à mesure que les travailleurs blessés passeront par les cliniques communautaires et que les médecins de famille constateront les résultats obtenus, il y aura une évolution naturelle. Les médecins de famille orienteront les patients vers les cliniques communautaires dans le cadre de leur plan de traitement, selon les cas.

Comme vous le savez, la direction a été invitée à présenter au conseil d'administration, lors de la réunion d'octobre, un plan d'action portant sur la mise en oeuvre intégrale du rapport du groupe de travail. Ce travail a été entrepris et on ajoutera sans doute d'autres points pour satisfaire au besoin d'une meilleure communication avec les professionnels de la santé.

Vous êtes un exemple pour nous tous, surtout les travailleurs blessés.

Quel conseil donneriez-vous à un travailleur blessé qui est sur le point de recevoir des services de réadaptation médicale ou de réadaptation professionnelle?

R. J'ai rencontré, et je n'exagère pas, plus de 10 000 travailleurs blessés au cours d'une carrière de plus de 20 ans dans le domaine de l'indemnisation des travailleurs. Je n'ai jamais vu un travailleur blessé qui était heureux et sans travail. Je n'ai jamais vu un travailleur blessé heureux d'être mis à l'écart du marché du travail. Il est dévalorisant pour une personne d'être mise au rancart. Mon conseil aux travailleurs blessés est celui-ci : exigez de reprendre votre place dans la société. Exigez d'être traité comme un élément valable de la société. Ne permettez pas qu'on vous repousse du revers de la main.

L'ECF consiste en une série d'examen destinés à préciser les capacités physiques et les tolérances fonctionnelles du travailleur blessé. Les agents de RP ont recours aux ECF dans la planification professionnelle pour déterminer si le travailleur est en mesure de se conformer aux exigences physiques d'un emploi ou lorsqu'une incertitude quant aux capacités fonctionnelles du travailleur empêche l'agent de RP de préciser des objectifs professionnels réalistes.

Les ergothérapeutes et les physiothérapeutes forment le noyau de l'équipe chargée de l'ECF.

Le physiothérapeute :

- étudie tous les rapports médicaux du travailleur,
- prépare un bref résumé des traitements de physiothérapie et de chiropractie, ou un programme de contrôle de la douleur,
- mène une évaluation des capacités physiques, si un jumelage emploi-travailleur a été demandé, en utilisant diverses méthodes pour évaluer l'amplitude des mouvements, la force musculaire, les déficits neurologiques, et les anomalies de posture et de démarche. On utilise à cette fin le Physitest normalisé canadien.

L'ergothérapeute effectue l'évaluation des capacités



fonctionnelles en :

- utilisant des méthodes normalisées pour évaluer les capacités physiques du travailleur blessé par rapport à une vaste gamme de tâches fonctionnelles rattachées aux exigences du lieu de travail,
- mesurant objectivement les capacités physiques du travailleur blessé.

Le rapport final de l'ECF comprend :

- un sommaire des résultats des épreuves d'évaluation normalisées,
- des recommandations sur l'aptitude physique du travailleur à satisfaire aux exigences physiques d'un emploi précis,

Étape 2

Exercices graduellement plus vigoureux visant à améliorer la souplesse et à accroître la force dans la région entourant le foyer de la lésion, exercices de mise en forme physique en vue d'accroître et de maintenir le tonus musculaire, l'accent étant mis sur l'éducation. Deux heures par jour, cinq jours au maximum.

Programme complet de réadaptation fonctionnelle en vue d'améliorer la forme physique dans son ensemble, la force, la souplesse et l'endurance. Exercices effectués sur des appareils d'entraînement en groupe, l'accent continuant d'être mis sur l'éducation. Trois à quatre heures par jour, vingt jours au maximum.

Lorsque les travailleurs ont terminé le programme de rééducation physique, la clinique fait rapport



directement au praticien traitant. Elle précise les progrès réalisés par le travailleur pendant la période de traitement et elle émet des recommandations sur :

- la reprise des activités sans restrictions,
- la reprise des activités avec restrictions, ou
- une évaluation dans un centre d'évaluation régional (CER) en vue d'une évaluation médicale multidisciplinaire (deuxième volet de la RM).

Le praticien traitant détermine quelles autres mesures doivent être prises après que le travailleur a terminé le programme.

Centres d'évaluation régionaux (CER)

Les centres d'évaluation régionaux offrent l'accès rapide aux évaluations



1. Vous avez droit aux indemnités du régime d'indemnisation des travailleurs, alors ne vous tracassez pas de votre situation financière immédiate.
2. Nous sommes ici pour vous aider lorsque vous serez prêt à entreprendre la réadaptation médicale.
3. Commencez à penser à l'avenir dès maintenant. Vous ne pouvez faire ce que vous faisiez :

vous ne pouvez plus compter sur votre dos, pour ainsi dire, mais vous êtes toujours un élément valable de la communauté. Nous sommes ici pour vous aider mais vous devez décider des outils à utiliser pour redevenir un membre actif de la communauté. Le choix est le vôtre — et vous devez prendre une décision.

Un tel message m'a été très utile et m'a permis de voir autre chose que l'aspect négatif de la lésion. Certes, j'avais subi une perte mais il m'était possible de remplacer ce que j'avais perdu en employant d'autres moyens; dans mon cas, l'autre moyen, c'était l'éducation.

Le Groupe de travail sur la

requises pour faciliter la réadaptation. Les 24 centres de la province offrent deux genres d'évaluation : les évaluations médicales multidisciplinaires et les évaluations des capacités fonctionnelles. Certains centres n'offrent toutefois qu'un genre d'évaluation.

Évaluations médicales multidisciplinaires (EMM)

- Les EMM sont indiquées s'il est nécessaire d'effectuer une évaluation détaillée en vue de préciser le diagnostic, le pronostic ou l'état de santé des travailleurs. Ces mesures sont parfois requises :
- lorsque le travailleur ne réagit pas comme prévu au traitement ou que les traitements ne donnent plus de résultats,
- pour aider le praticien traitant à mettre au point des objectifs de réadaptation précis.

L'orientation en vue d'une EMM donne les meilleurs résultats lorsqu'elle se fait dans les douze mois qui suivent la date de la lésion ou de la récidence. Le travailleur ne subit habituellement qu'une seule EMM, à moins :

- qu'il ne se produise un changement considérable dans son état de santé,
- qu'il n'y ait aucune réaction à un plan de traitement précis.

Le praticien traitant est celui qui décide principalement de l'orientation en vue d'une EMM, mais les médecins-conseils ou les infirmières-conseils de la

présentation des services et la réadaptation professionnelle a affirmé que la Commission avait besoin d'un programme de sensibilisation pour faire connaître aux professionnels de la santé les avantages de la réadaptation médicale précoce et proactive pour les travailleurs blessés. Dites-nous, comment entendez-vous faire participer les professionnels de la santé, en particulier, les médecins de famille?

R. À peu près à l'époque où le rapport du groupe du travail a été publié, nous envisageons d'amorcer un dialogue très soutenu avec les professionnels de la santé et de discuter de la disponibilité des services en

Réadaptation médicale

des soins spécialisés aux travailleurs à proximité de leur résidence et de leur lieu de travail, ce qui perturbe au minimum la vie des travailleurs; ceux-ci peuvent ainsi effectuer un travail modifié pendant que se poursuit leur période de traitement. Les cliniques sont indépendantes de la Commission mais comme la Commission paie pour les services qu'elles offrent, celles-ci doivent satisfaire aux normes de la Commission quant à la qualité des traitements, la dotation en personnel, la formule de traitement et l'équiment. De plus, elles doivent être en mesure de recevoir le travailleur dans les cinq jours suivant l'orientation.

Programme de rééducation physique

Pour garantir la prise en charge rapide du travailleur blessé, la Commission incite les praticiens traitants à orienter les travailleurs blessés vers des cliniques approuvées par la Commission le plus rapidement possible après la lésion ou la récurrence.

Les travailleurs blessés sont admissibles à un tel programme :

- s'ils ont subi des lésions des tissus mous ou d'autres lésions musculosquelettiques mineures (non compliquées par une fracture), et
- s'ils sont orientés par leur praticien traitant dans les 70 jours qui suivent la lésion ou la récurrence.

Entretien

réadaptation active et immédiate. C'était plus passif. Après ma lésion, il s'est écoulé trois mois environ avant que je n'entreprene la réadaptation. Aujourd'hui, les gens se remettent sur pied et entreprennent la réadaptation dans les quelques jours ou semaines qui suivent une lésion grave. Voilà le premier aspect; le fondement même de la réadaptation a changé. En deuxième lieu, la disponibilité. Aujourd'hui, beaucoup plus d'importance est accordée à la réadaptation en ce qui a trait aux priorités auxquelles fait face le système des soins de santé. En 1967 en Saskatchewan, les ressources existantes en matière de financement et de personnel

Le moment de l'orientation étant important pour que les traitements soient efficaces, aucune orientation n'est acceptée après la date de la lésion.

Le programme comporte trois étapes qui, au total, ont une durée maximum de 30 jours consécutifs. Au départ, tous les travailleurs subissent une évaluation effectuée par un physiothérapeute ou un chiropraticien en vue de déterminer s'ils sont aptes à participer au programme et de décider d'un plan de traitement. Lorsque les travailleurs se sont engagés vis-à-vis du programme, le personnel de la clinique suit l'évolution des travailleurs tous les jours afin de pouvoir apporter les modifications nécessaires.

L'éducation est un aspect important du programme. Chaque jour, les travailleurs consacrent un certain temps à apprendre comment prévenir les lésions, comment effectuer les activités physiques de manière sécuritaire et quelle est l'importance de conserver la bonne santé et le bien-être physique.

Étape 1

Soulagement de la douleur, mobilisation en douceur du foyer de la lésion, éducation au sujet de la lésion et approche à prendre pour favoriser le rétablissement. Une heure par jour, cinq jours au maximum.

étaient plutôt maigres. Si je considère la situation actuelle, je constate qu'on accorde beaucoup plus d'importance à la réadaptation médicale.

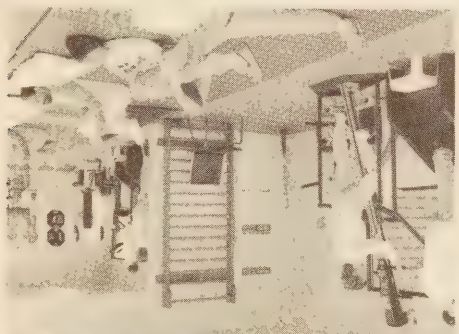
Q. Quels changements avez-vous remarqués en Ontario?

R. En Ontario, l'une des décisions les plus audacieuses, selon moi, a été de déplacer les services dans les communautés et de permettre ainsi aux travailleurs d'être près de leur famille, de leurs amis et de leur employeur, et de recevoir des services de réadaptation médicale de qualité. Pour le moment, nous devons nous contenter d'imaginer quels avantages, au point de vue de l'efficacité, représente l'approche visant à faire réintégrer le marché du travail aux travailleurs blessés. J'ai été hautement impressionné

par la décision du conseil d'administration de décentraliser ces services.

Q. On dit que les principaux éléments qui influent sur un rétablissement rapide sont la motivation de la personne et le soutien de sa famille et de ses amis. Nous pouvons imaginer ce qui motive un athlète à se rétablir rapidement : la première place. Mais qu'en est-il des gens ordinaires? Qu'est-ce qui vous a motivé? Quelles personnes?

R. Je dirais que le soutien que j'ai reçu de la part de ma famille et de mes amis vient en tout premier lieu. Mais je dois expliquer l'impact que peut avoir la Commission des accidents du travail sur la motivation. J'avais subi une lésion traumatique plutôt



Le point sur la réadaptation médicale

Le numéro d'août 1991 du *Bulletin des politiques* portait sur la réadaptation professionnelle (RP). Pour que la RP réussisse, toutefois, il faut que le travailleur atteigne la réadaptation médicale maximum. En conséquence, le présent numéro offre un survol de l'approche communautaire que suit la Commission envers la réadaptation médicale (RM) et il explique les rapports qui existent entre la RM et la RP.

Demandez à Silken Laumen ce qu'elle sait du rétablissement physique dit expéditif. Elle avait subi des lésions si graves qu'on la disait incapable de participer aux Jeux olympiques; mais cette femme a conquis la douleur et surmonté son handicap pour finalement remporter la médaille de bronze. Comment expliquer cet exploit? Par un traitement médical dynamique, une thérapie physique précoce et active, par la détermination et un but à atteindre.

Les athlètes professionnels connaissent depuis longtemps la valeur d'une approche dynamique «expéditive» envers la réadaptation médicale (RM). Et comme cette approche réussit, la Commission promeut, depuis trois ans, un mode de traitement axé sur la médecine sportive. Elle a retenu, selon un mode de rémunération à l'acte, les services des cliniques communautaires de l'Ontario qui font appel à un personnel spécialisé, à une formule de traitement appropriée et à des appareils des plus perfectionnés pour offrir la réadaptation médicale aux travailleurs blessés.

Actuellement, l'approche de la Commission se concentre sur les lésions musculo-squelettiques et les lésions des tissus mous — c'est-à-dire les lésions dorsales et les entorses bénignes ou malignes des muscles, des ligaments et des tendons — qui réagissent le mieux à la médecine sportive. Les aspects fondamentaux de la thérapie sont : un repos de courte durée durant la période de douleurs aiguës, suivi d'un accroissement graduel des activités et l'accès à une évaluation et à un traitement de qualité.

Cette approche s'est avérée la voie la plus rapide menant au rétablissement. Et c'est le but même de la RM : aider les travailleurs à se remettre rapidement de leurs lésions, sans que leur vie ne soit trop perturbée, pour qu'ils puissent retourner au travail et reprendre l'ensemble de leurs activités quotidiennes.

L'ampleur de la RM

Le praticien traitant du travailleur blessé (médecin de famille, médecin

Entretien avec M. Brian King

de la compagnie, spécialiste ou chiropraticien) joue un rôle essentiel dans la réadaptation médicale : il évalue la lésion et les traitements possibles (aptitude du travailleur à suivre un programme de la Commission) et, si nécessaire, il oriente le travailleur vers une clinique communautaire. Les médecins-conseils, les infirmières-conseils et les décideurs de la Commission examinent régulièrement les rapports des praticiens traitants. S'il semble que le travailleur pourra bénéficier de la rééducation physique dans une clinique mais qu'une orientation n'a pas été faite, ces intervenants communiquent avec le praticien traitant et ils recommandent une orientation.

Cliniques communautaires

La Commission a retenu en Ontario les services de plus d'une centaine de cliniques communautaires accréditées par l'Institut des accidents du travail de l'Ontario. Ces cliniques offrent

des études, il se vit offrir l'occasion d'établir le Bureau du protecteur du travailleur. Il a ainsi commencé à oeuvrer dans le domaine de la réadaptation médicale et professionnelle des travailleurs blessés et entrepris une carrière des plus remarquables dans le domaine de l'indemnisation des travailleurs. Douze ans après son accident, M. King a accepté de devenir président du conseil de la Saskatchewan. Par la suite, il a été président du conseil de la Commission manitobaine et du Tribunal d'appel du Manitoba. En avril 1991, il était nommé vice-président de la Commission ontarienne.

M. Brian King, vice-président administratif de la CAT de l'Ontario, s'est engagé à résoudre les questions complexes qui touchent à l'indemnisation des travailleurs. Chez lui, cet engagement débordait le cadre des activités purement professionnelles. En effet, en 1967, pendant qu'il travaillait sur un derrick en Saskatchewan, M. King a été victime d'un accident du travail au cours duquel il a perdu une jambe et subi de graves lésions à l'autre.

Au terme d'une longue période de réadaptation médicale, M. King a fréquenté l'université, sous les auspices de la Commission des accidents du travail de la Saskatchewan. Pendant sa dernière année

Q. M. King, la plupart d'entre nous, travailleurs et employeurs, n'avons jamais eu une lésion grave et nous ne pouvons qu'imaginer quels obstacles il faut franchir sur la voie du rétablissement. Vous avez subi il y a 25 ans une très grave lésion reliée au travail. Quelle expérience avez-vous alors de la réadaptation médicale et professionnelle? Dans le contexte de l'indemnisation des travailleurs, quels progrès avons-nous accomplis dans ces domaines?

R. Je pense que la prestation des services de réadaptation médicale suivait une approche différente et n'était pas la même. L'accent portait beaucoup moins sur la

(suite — pages 2 à 6)

(suite — pages 2 à 5)



Workers'
Compensation
Board

Commission
des accidents
du travail

POLICY REPORT

December 1992
Vol. 5 No. 6

The Claims Adjudication Process – An Overview

In response to reader requests for a simplified view of the claims adjudication process, this issue of *Policy Report* attempts to illustrate the process in a simple flowchart—insert. But a chart can never allow for the unique characteristics of each individual worker's case, or for the application of policy and law which **must** be applied in every case, sometimes within specified timeframes. That is adjudication. And adjudication is about real people making decisions about real people. Allowing for that, we recommend that readers look at the legend in the flowchart to become familiar with the symbols that are used, and then follow the chart while reading the text – the numbered processes in the chart are cross-referenced. Some critical time requirements stated in the *Act* or in policy are indicated across the top of the chart and in the text. Only brief reference is made to vocational rehabilitation services and programs, and non-economic loss (NEL) and future economic loss (FEL) benefits, these subjects having been dealt with in Vol. 4 No. 4 and Vol. 4 No. 5.

To many people, the path a claim follows during its "lifetime" is rather like a maze – full of confusing twists and turns. In fact, despite the forms and letters, phone calls, and the numerous decisions which must be made for some claims, the path is fairly straightforward for most, which is a good thing when you consider the number of claims the Board manages.

Imagine 31 jumbo-sized school buses lined up along the street each morning with every seat taken by a person who has had a work-related accident, and your job is to set up a claim for each of them – that same day. No simple task, but one the WCB faces **every** business day.

Since opening its doors, the Board has registered in total almost 19,000,000 claims, and while **most are resolved within the first week**, many go on for months or even years if workers are seriously injured and permanently impaired.

Today there are 18 offices/integrated service units (ISUs) spanning the province, providing over 200,000 employers who operate in Ontario with no-fault insurance, and guaranteeing 4 million workers coverage should they have a work-related accident.

Although day-to-day processes may differ somewhat from region to region or from one ISU to another, the programs and services provided, the principles of adjudication, the law, and the policy and guidelines are common to all.

The process begins as soon as the Board receives notification that a worker has had a work-related injury. Ideally this information is received by way of

the Employer's
Report of Accidental Injury
or Industrial Disease,
Form 0007A (Form 7).

Accident
+ 3 days

However, a claim can be set up on the basis of a doctor's report, a worker's report, a telephone call, letter, or FAX.

From the thousands of pieces of mail delivered to WCB offices across Ontario each day, about 1,500 new claims (down

from 1,600 last year) are set up the same day. But first the mail must be opened and sorted into non-claim-related and claim-related documents. These activities go on all day, with deliveries of the claim-related mail being made to the *Identification and Registration* departments (I.D. & Reg).

In every case of work-related injury or disease that disables a worker from earning full wages, or results in a worker requiring health care, it is mandatory that the employer's report be submitted within 3 calendar days using a standard "Employer's Report of Accidental Injury or Industrial Disease"...or pre-approved employer created version of the form.

Operational Policy manual, 02-02-03

The Worker's Report of Injury or Disease (Form 0006A) is sent automatically at the time a claim is registered.... The initial entitlement decisions are not delayed if the form is not yet on file... (it) is not necessarily a prerequisite to a determination of entitlement...

Operational Policy manual, 02-02-02

I.D. & Reg staff 1

check every piece of mail – by whatever identifying information appears on it – against the Worker Benefit System (WBS) to see if a claim has already been registered.

If there is an existing claim, the new documents are scanned into the worker's file in the

Imaging system (see page 2), and decision-makers are alerted that new documents have been scanned to the claim files assigned to them.

If there is no claim file,

- the claim is registered that day (this date is commonly known as the Date of Registration [DR])
- a new electronic file is created
- the documents are scanned
- a claim number is assigned, and
- a Worker's Report of Injury or Disease, Form 0006A (Form 6), is mailed to the worker for completion and return.

If the claim is registered on the basis of a Form 7, reporting an injury, it is electronically forwarded to the *Primary Adjudication* area. If the Form 7 is reporting an industrial disease, it's forwarded to the *Complex Case Unit – Diseases (CCU–D)* for adjudication. All other claims, set up on the basis of information other than Form 7s – doctors' reports, letters, FAX messages – are sent directly to the appropriate *Integrated Service Unit (ISU)*. (See page 5 for a list of WCB offices and their FAX numbers.)

Primary Adjudicators 2

process nearly 1,000 injury claims – reported on Form 7s – per day.

This does not mean to say that every injury claim reported on a Form 7 can be adjudicated here, for the Primary Adjudicators must examine each claim to see if there is enough information to make a decision right away.

Before a claim can be allowed, 5 basic criteria – the **5-Point Check System** – are required:

- an employer
- a worker
- a work-related injury
- proof of an accident
- a diagnosis compatible with the accident or disablement history.

The Imaging System

Since 1990, all new claims are set up on Imaging, the computer system that allows photographic imaging of all the documents for each claim. About 10,000 new documents are scanned into the system daily.

The Imaging system is connected to other worker benefit and health care benefit systems which are used to record all the pertinent data required to formulate and compute benefit and health care payments. Inter-connected are the revenue systems for recording employer accident histories and employer costs.

The Imaging system—the first and largest of its kind in Canada—eliminates the necessity of setting up, storing, and transferring paper files. Instead, the electronic images of the documents are stored, allowing computer terminal access to decision-makers. For example, a vocational rehabilitation caseworker and an adjudicator can review the same file at the same time and write notes directly onto the file.

Is there entitlement?

If the answer is no – if the worker is not entitled to workers' compensation – the claim is denied. 3 All interested parties are advised by letter. The file is closed and, after 30 days, it is archived – transferred to an optic disc. (Should the claim need to be re-opened, it can be restored within minutes.)

If no decision can be made – if the claim is such that a decision cannot be made on the basis of the Form 7, or if the employer challenges the claim – the file is electronically forwarded to the appropriate ISU where it is assigned to an *Entitlement Adjudicator*. 4

But, if the answer is yes – if all necessary information is received and the facts of the claim are straightforward – it can be allowed and a benefit cheque can be mailed. 5

At this point, if the Form 6 which was mailed out to the worker by I.D. and Reg staff is outstanding, decision-makers are limited in the amount of the first benefit payment made to the worker. If, for example, the claim is registered within 7 days of the date of the accident, the maximum first benefit payment allowed is 2 weeks.

To receive benefits beyond this stage, the worker must

complete and return the Form 6.

At this point the Primary Adjudicator is required to make the next series of decisions, starting with the pivotal question – **Has the worker returned to the pre-injury job?** If the answer is yes, and if the worker has no permanent impairment, the claim file is closed. 6

If the answer is no – if the injured worker is still disabled and unable to return to work – the file is electronically sent to the appropriate ISU, where it is assigned to a *Benefits Adjudicator* for ongoing management. 7

Integrated Service Units (ISU)

Note: The employer's postal code determines which ISU handles the claim.

Entitlement Adjudicators ⁴ handle all those claims for which no entitlement decision has yet been made. So, if the Primary Adjudicator was unable to make a decision based on the information on the Form 7, or a claim was set up on information other than a Form 7, the Entitlement Adjudicator's responsibility is to make every additional enquiry necessary to make the decision to allow or deny the claim.

This may require asking questions of the worker, the employer, the worker's treating practitioner – even investigating the accident (see Claims Investigations, 02-01-04 in the *Operational Policy* manual).

If at 6 weeks from the date of registration, Entitlement Adjudicators are still unable to make a decision because of insufficient information, they must notify all interested parties, explaining the delay.

DR +
6 weeks

By the 12th week following the date of registration, Entitlement Adjudicators must have made a decision to allow, deny, or in cases where vital information remains outstanding, abandon the claim.

DR +
12 weeks

(Based on statistics available at the time of writing, approximately 98% of the claims were adjudicated by the 12th week following registration.)

Is there entitlement?

If the answer is no – if after considering all the information on file, the policy, and law, the worker is not entitled to benefits – the claim is denied. Or, if the worker neglects to supply information needed to make a decision within the 12-week timeframe, no further action is taken on the claim – it is considered abandoned in these cases.

Both the worker and employer are notified and the file is closed. ³

(Based on statistics available at the time of writing, approximately 1.2% of 1992 claims were denied; 6.6% were abandoned.)

On the other hand, when information is not forthcoming from an employer, the Entitlement Adjudicator considers the information received from the worker and/or the worker's treating practitioner or from a Board medical advisor (in the absence of the treating practitioner's report) and makes the decision based on the information that is available.

If the answer is yes – if the Entitlement Adjudicator makes a decision to allow the claim – the initial payment is sent out. ⁵

If the facts for and against a claim are equally weighted, the decision-maker must rule in favour of the injured worker.

Where the accident arose out of the employment, unless the contrary is shown, it shall be presumed that it occurred in the course of...employment.... s.4(3)

In determining any claim...the decision shall be made in accordance with the real merits and justice of the case and where it is not practicable to determine an issue because the evidence for or against the issue is approximately equal...the issue shall be resolved in favour of the worker. s.4(4)

After making the initial entitlement decision, decision-makers must address the following questions.

Is the worker able to return to the pre-injury job?

If the answer is yes – if the claim is allowed, and the injured worker is able to return to the pre-accident employment – the Entitlement Adjudicator advises all interested parties, and the electronic file is closed and archived. ⁶

If the answer is no – if the claim is allowed, and the injured worker continues to be disabled and is **not** able to return to work – the file is electronically assigned to a *Benefits Adjudicator* for ongoing management. ⁷

Is there permanent impairment?

If the answer is yes – as soon as the worker reaches maximum medical rehabilitation (MMR, see *Operational Policy* manual document 05-03-11), decision-makers can refer the worker for a NEL assessment. ¹¹

Health Care: In parallel to the entitlement processes and the management of claims by adjudicators, **Health Care Adjudicators** are responsible for authorizing and paying the health care benefits to which injured workers are entitled. For example, these benefits may include payment to treatment agencies; pre-authorized transportation, accommodation, and meals for workers when the WCB asks them to travel; and clothing allowances for workers who are required to wear prostheses or braces because of their injuries (see TAB 06 in the *Operational Policy* manual).

Benefits Adjudicators ⁷

After claims have been allowed and the initial payments are made, they are assigned to Benefits Adjudicators who regularly monitor the files, and are responsible for:

- making on-going decisions about entitlement to benefits and programs (i.e., type of treatment, accidents resulting from treatment of work-related injury, etc.)
- communicating on a regular basis with the worker and employer
- referring workers for vocational rehabilitation as soon as it becomes apparent that it is needed, and in no case later than 6 months following the date of registration **8**
- determining when a worker is able to do the pre-accident work and advising all parties **9**
- determining when a worker is able to do modified work and advising all parties **10**
- determining if the worker has reached MMR
- referring the claim for consideration of a non-economic loss (NEL) benefit if, when the worker reaches MMR, it appears that there is a permanent impairment **11**
- referring the claim for consideration of a future economic loss (FEL) benefit if it appears likely that the worker will have a permanent impairment, or if the worker experiences 12 continuous months of temporary disability **12**
- authorizing continuing payments, at 2 week intervals, to workers who have not returned to work.

To facilitate the process, the Benefits Adjudicator periodically sends out follow-up reports to collect current information to confirm continuing entitlement to benefits. Important are the practitioners' follow-up reports (Form 26, and Form 26C) which are mailed to workers who are responsible for taking them to their practitioners to be completed. The Workers' Progress Report (Form 41), informs the adjudicator of the dates of medical appointments, how the worker feels recovery is progressing, and the estimated date of the worker's return to work.

Vocational Rehabilitation (VR)

Throughout the entire process, decision-makers are responsible for identifying workers as early as possible who are unlikely to return to their pre-injury jobs. Established timeframes specify VR contact within 45 days after the date of registration and mandatory referral no later than 6 months from the date of registration (see *Policy Report*, Vol. 4 No. 4, and *Operational Policy* manual 07-01s, 07-02s, 07-03s, 07-04s).

NEL

Injured workers who reach MMR and have a permanent impairment are entitled to a non-economic loss (NEL) benefit. These workers are mailed a list of medical practitioners (from the WCB's roster) who conduct medical assessments in their region. Once the worker selects a doctor from the WCB's Roster of Physicians, the WCB arranges the appointment. The adjudicator calculates and pays the NEL benefit based on the report from the physician (see *Policy Report* Vol. 4 No. 5, and *Operational Policy* manual 05-06s for NEL).

FEL

Workers whose post-accident earnings, after VR, are likely to be less than the pre-accident earnings may be entitled to a future economic loss (FEL) benefit. FEL Adjudicators calculate benefits by comparing the pre-accident earnings with the amount the worker should be able to earn, after rehabilitation, in suitable and available employment. The benefit is reviewed 24 months after the date of initial determination and again at 60 months.

DoD +
24 months

DoD +
60 months

Age 65

The WCB sets aside the equivalent of 10% of FEL benefits each month which is used to provide the worker with a retirement pension at age 65. (See *Policy Report* Vol. 4 No. 5, and *Operational Policy* manual 05-05s.)

Right to object

At any time during the life of a claim, any interested party can object to any decision that is made in the claim.

Any worker or employer whose interests are affected by a decision of the Workers' Compensation Board has the right to object to that decision at any time.

Operational Policy manual document 09-01-03

There is a 4-step process in place for reviewing decisions.

1. If one of the interested parties objects to a decision, and new information is provided to support the objection, the decision-maker reviews the file in light of the new evidence.
2. If no new information is provided, or if a party is not satisfied with the decision-maker's review, the file is referred to a *Decision Review Specialist* who reviews the file, makes any additional enquiries that may be necessary, and makes a decision.

3. If a party is not satisfied with the *Decision Review Specialist's* decision, the file is referred to the Hearings Branch for a formal hearing. At this level, interested parties may appear before a *Hearings Officer* to give evidence, and the parties may have professional representation if they so desire. This is the final step in the Board's internal decision review process.
4. An objection to a decision made by a Hearings Officer may be appealed to the independent Workers' Compensation Appeals Tribunal (WCAT). This is the final level of appeal.

Before an objection goes before WCAT, the usual WCB appeals process must be exhausted, as stated in s.86(2) of the *Act*,

The Appeals Tribunal shall not hear, determine or dispose of an appeal from a decision, order or ruling of the Board unless the procedures established by the Board ... have been exhausted, and the Board has made a final decision, order or ruling thereon.

Reopened claims

The fact that a claim is closed does not end a worker's right to compensation. If there are further periods of disability that result from the original accident, further compensation benefits may be payable.

Recurrences give rise to rights to benefits under the Workers' Compensation Act because they result from a personal injury arising out of and in the course of employment.

A decision-maker will recognize a recurrence when there is obvious medical compatibility or an appropriate combination of medical compatibility and continuity, and an absence of a new accident.

Operational Policy manual document 02-04-02

WCB FAX Numbers

As noted in the accompanying article, the Board requires employers to complete and submit the standard Employer's Report of Accidental Injury or Industrial Disease (Form 7) within 3 calendar days of learning of an occupational injury or disease that prevents a worker from earning full wages, or results in a worker requiring

health care. The Board must be in receipt of the Form 7 within 7 working days of the employer learning of the accident.

To facilitate this process, employers may transmit a completed Form 7 by FAX to the appropriate Board office, using the numbers listed.

Central Ontario East
FAX (416) 927-5158

Toronto West
FAX (416) 927-3978

London
FAX (519) 633-2333

Toronto East
FAX (416) 927-4817

Central Ontario South
FAX (416) 927-4700

Ottawa
FAX (613) 239-3349/3321

Toronto North
FAX (416) 926-8571

Toronto South
FAX (416) 926-8558

Sudbury
FAX (705) 675-9367

Construction
FAX (416) 926-8376

**Complex Case Units
(Diseases and Injuries)**
FAX (416) 927-5058

Thunder Bay
FAX (807) 343-1702

Central Ontario West
FAX (416) 927-5079

Hamilton
FAX (416) 521-4558

Windsor
FAX (519) 972-4181

*Policy Report is
printed on acid-free,
recycled paper at no
extra cost.*



Coverage for Participants in Training Programs

The WCB is currently reviewing its policy on workers' compensation coverage for individuals in training programs who are placed with an external employer to obtain practical work experience.

Interim guidelines have been adopted (see *Operational Policy* manual document 01-02-13). They were recently extended to apply to accidents involving training participants on placements occurring between September 1, 1992 and June 30, 1993. Under the interim guidelines, the training participant is a "learner" under the definition of "worker" and entitled to workers' compensation benefits if injured while working for the placement employer. The employer with whom the trainee is placed to gain actual work experience is the "employer" and protected from civil liability if the trainee is injured.

To ensure that placements are not jeopardized while the training community determines how coverage is to be funded, the interim guidelines provide Schedule 1 employers with protection against costs associated with workers' compensation coverage for trainees. If the employer is not paying the trainee any wages, no assessments are payable. If a training participant is injured, all accident costs are removed from the employer's accident cost record for the purpose of experience rating.

Schedule 2 employers, however, are responsible for any accident costs associated with a training participant who is injured while placed with them.

A discussion paper entitled "Workers' Compensation Coverage for Training Program Participants" is being circulated for consultation until February 28, 1993. For a copy of the paper, contact the Consultation Branch at (416) 926-8689 or 1-800-387-0750 (Ext. 8689).

POLICY REPORT

Policy Report is published by the Policy Department of the Workers' Compensation Board. If there is any conflict between the statements contained in this publication and the *Workers' Compensation Act* and/or Board approved policy documents, the *Act* or the approved document governs.

Address your comments or inquiries to

Editor, *Policy Report*
Policy Publications
Workers' Compensation Board
2 Bloor Street East, 22nd Floor
Toronto, Ontario, M4W 3C3

Graphic Production:
Graphics Services
Communications

ISSN 0838-4754 © 1992

Has your address changed?

To ensure you receive each issue of *Policy Report*, and to keep our mailing costs down, we need to keep our distribution system up-to-date. Please submit any changes in your mailing address to:

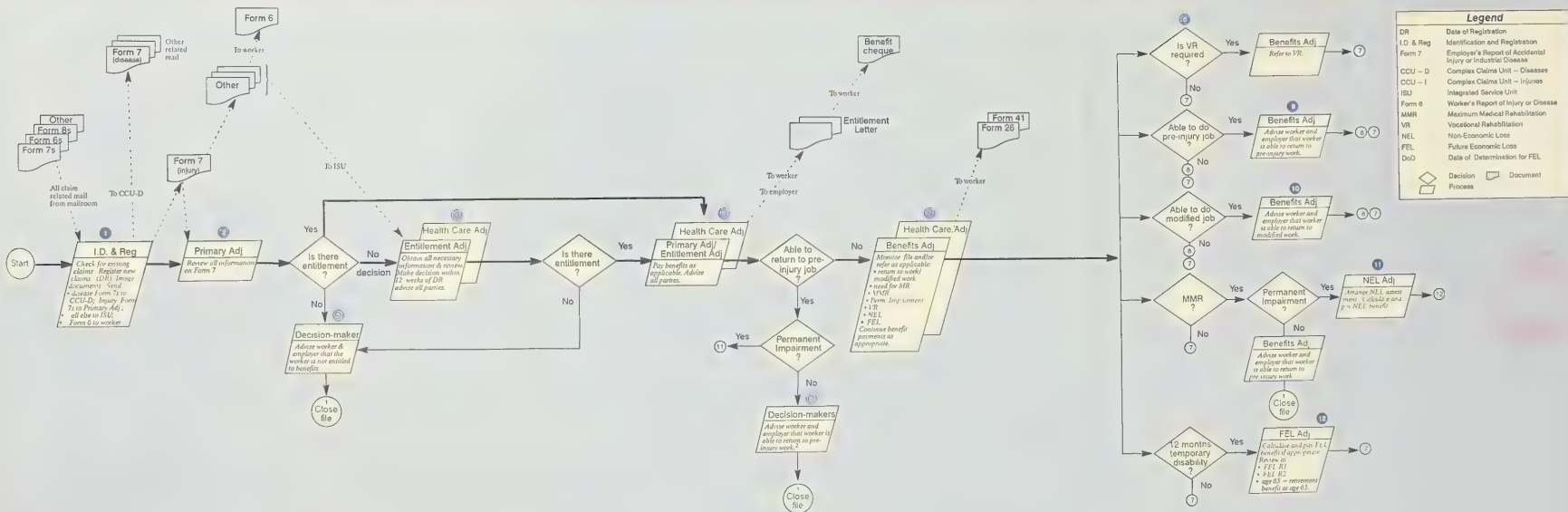
**Manuals Distribution Specialist
Policy Publications
Workers' Compensation Board
2 Bloor Street East, 22nd Floor
Toronto, Ontario, M4W 3C3
Telephone: (416) 927-4941**

Subscriptions to *Policy Report* are free on request to this address.

*Happy
New Year*

DRP 12 months	FEL: If workers are permanently injured or temporarily disabled for 12 consecutive months, they are entitled to a FEL determination. s. 44(1)	DoD + 24 months	FEL R1: The FEL amount is reviewed in the 14th month after the date of determination. s. 43(13)(a)	DoD + 60 months	FEL R2: The FEL amount is reviewed in the 60th month after the date of determination. s. 43(13)(b)	Age 65	Retirement benefit: The WCB sets aside the equivalent of 10% of FEL benefits each month which is used to provide the worker with a retirement pension at age 65. s. 44
-------------------------	---	------------------------	--	------------------------	--	---------------	--

Legislative/Policy Requirements



The above decisions do not occur in any particular order. Decision-makers ask these questions as appropriate in each individual claim.

Survol du processus d'indemnisation

Accident + 3 jours
 Eavei obligatoire du formulaire 7. (Dans les jours ouvrables qui suivent le moment où l'employeur apprend qu'un accident est survenu). Art. 133 Manuel des PO : 03-02-03

DE + 8 semaines
 Si la décision est retardée, on informe toutes les parties de la raison. Manuel des PO : 01-01-05

DE + 12 semaines
 Une décision doit être prise. Manuel des PO : 01-01-05

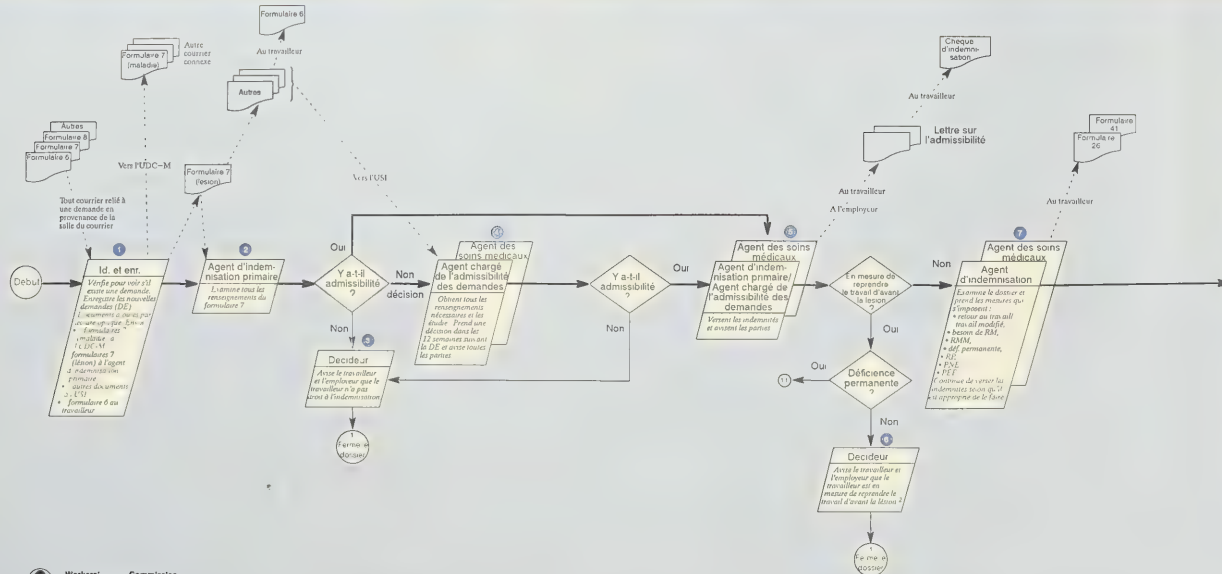
DE + 12 mois
 PEF : Si le travailleur est atteint d'une déficience permanente ou d'une invalidité temporaire d'une durée de 12 mois consécutifs, il a droit à une détermination de la PEF. Par. 43 (1)

DdD + 24 mois
 Révision de PEF R1 : Le montant de l'indemnité pour PEF est révisé au cours du 24^e mois suivant la date de la détermination. Ajusté 43 (13) a)

DdD + 40 mois
 Révision de PEF R2 : Le montant de l'indemnité pour PEF est révisé au cours du 40^e mois suivant la date de la détermination. Ajusté 43 (13) b)

65 ans
 Prestation de retraite La CAT met en réserve l'équivalent de 10 % de l'indemnité pour PEF chaque mois pour offrir au travailleur une pension de retraite à l'Article 44

Exigences de la Loi et des politiques



Légende	
DE	Date d'enregistrement
Id. et enr.	Identification et enregistrement
Formulaire 7	Avis d'accident de travail et de maladie professionnelle (employeur)
UCC-M	Unité des dossiers complexes (maladies)
UCC-L	Unité des dossiers complexes (lésions)
USI	Unité de services intégrés
Formulaire 8	Avis d'accident ou de maladie (travailleur)
RMM	Réadaptation médicale maximum
RP	Réadaptation professionnelle
PNE	Perte non économique
PEF	Perte économique future
DdD	Date de détermination (PEF)
	Décision
	Document
	Processus

1. Les dossiers peuvent être révisés dans certaines circonstances (voir 07-04-04)

2. S'il y a eu non-respect du droit au renouveau du travailleur, ce dernier a droit à des indemnités en vertu de l'alinéa 54 (13) a).

Les décideurs et/ou ne sont pas prisés selon un ordre déterminé. Les décideurs peuvent les questionner selon ce qui est approprié dans chaque cas.



Workers' Compensation Board
 Commission des accidents du travail

Protection des participants aux programmes de formation

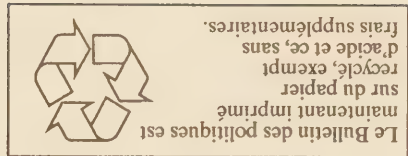
La CAT révisé actuellement sa politique sur la protection à accorder aux particuliers en stage de formation qui sont placés chez des employeurs externes dans le but d'acquérir de l'expérience de travail pratique.

Des directives provisoires ont été adoptées (voir la politique 01-02-13 du *Manuel des politiques opérationnelles*). Ces directives ont récemment été modifiées pour qu'elles s'appliquent aux accidents qui surviennent entre le 1^{er} septembre 1992 et le 30 juin 1993 et qui impliquent une personne en stage de formation qui est placée chez un employeur. En vertu de ces directives, les personnes en stage de formation sont des «stagiaires» au sens où l'entend la définition de «travailleur»; elles ont droit à l'indemnisation des travailleurs si elles subissent une lésion pendant qu'elles sont au service de l'employeur chez lequel elles ont été placées. Les employeurs chez lesquels ces personnes sont placées dans le but d'acquérir de l'expérience de travail réelle sont des «employeurs»; ils sont à l'abri de toute poursuite civile si le stagiaire subit une lésion.

Pour faire en sorte que le placement de ces personnes ne soit pas compromis pendant que les intervenants en matière de formation déterminent comment la protection sera financée, les directives provisoires prévoient que les employeurs de l'annexe 1 seront protégés contre les coûts associés à la protection des stagiaires. Si l'employeur ne verse aucun salaire au stagiaire, aucune cotisation n'est payable. Si une personne en stage de formation est blessée, tous les coûts d'accidents sont retirés du bilan en matière de coûts d'accidents de l'employeur aux fins de tarification par incidence.

Cependant, les employeurs de l'annexe 2 sont responsables des coûts d'accidents associés à la lésion subie par une personne en stage de formation qui est placée chez eux.

Un document de travail intitulé «Workers' Compensation Coverage for Training Program Participants» a été distribué et fait l'objet d'une consultation jusqu'au 28 février 1993. Pour en obtenir un exemplaire, veuillez communiquer avec la Direction des consultations au (416) 926-8689 ou, sans frais, au 1-800-387-0750, poste 8689.



Avez-vous changé d'adresse?

Afin de nous assurer que vous recevez chaque numéro du *Bulletin des politiques* et de garder nos frais de poste à la baisse, nous devons tenir notre liste d'envoi à jour. Veuillez donc communiquer tout changement d'adresse au

Responsable de la distribution des manuels
Publication des politiques
Commission des accidents du travail
2, rue Bloor Est, 22^e étage
Toronto (Ontario) M4W 3C3
(416) 927-4941

L'abonnement au *Bulletin des politiques* est gratuit sur demande à l'adresse susmentionnée

Bonne année

BULLETIN DES POLITIQUES

Le *Bulletin des politiques* est publié par le Service des politiques de la Commission des accidents du travail. S'il y a contradiction entre les déclarations contenues dans cette publication et la Loi sur les accidents du travail et/ou les politiques approuvées de la Commission, c'est à la Loi ou aux documents approuvés qu'il faut se référer.

commentaires à :
Veuillez adresser vos questions ou

Rédactrice, Bulletin des politiques
Publication des politiques
Commission des accidents du travail
2, rue Bloor Est
22^e étage
Toronto (Ontario)
M4W 3C3
Services graphiques
Communications
ISSN 0838-4754 © 1992

1. Si l'une des parties intéressées conteste une décision et que de nouveaux renseignements sont fournis à l'appui de la contestation, le décideur réexamine le dossier à la lumière des nouveaux éléments de preuve.

2. Si aucun nouveau renseignement n'est présenté ou si une partie n'est pas satisfaite de la révision du décideur, le dossier est transmis à un spécialiste de la révision des décisions qui réexamine le dossier, effectue toute nouvelle enquête jugée nécessaire et prend une décision.

3. Si une partie n'est pas satisfaite de la décision du spécialiste de la révision des décisions, le dossier est transmis à la Direction des audiences en vue d'une audience formelle. Les parties intéressées peuvent alors comparaître devant un commissaire d'audience pour présenter des éléments de preuve et elles peuvent se faire représenter par des professionnels si elles le désirent. Cette étape est la dernière du processus interne de révision des décisions de la Commission.

4. Une décision rendue par un commissaire d'audience peut être portée en appel devant un organisme indépendant, le Tribunal d'appel des accidents du travail (TAAT). Il s'agit de la plus haute instance d'appel.

Numéros de télécopieur de la Commission

doit parvenir à la Commission dans les sept jours ouvrables qui suivent le moment où l'employeur apprend la survenance d'un accident.

Pour faciliter le processus, les employeurs peuvent transmettre le formulaire 7 au bureau approprié de la Commission en utilisant les numéros de télécopieur suivants :

Centre-Est de l'Ontario (416) 927-4817	Toronto-Est (416) 927-4700	Ottawa (613) 239-3349/3321
Centre-Est de l'Ontario (416) 927-5158	Toronto-Ouest (416) 927-3978	London (519) 633-2333
Toronto-Nord (416) 926-8571	Toronto-Sud (416) 926-8558	Sudbury (705) 675-9367
Construction (416) 926-8376	Dossiers complexes (Maladies et lésions) (416) 927-5058	Thunder Bay (807) 343-1702
Centre-Ouest de l'Ontario (416) 927-5079	Hamilton (416) 521-4558	Windsor (519) 972-4181

Avant qu'une contestation ne soit transmise au TAAT, il faut que le processus d'appel habituel ait été épuisé comme le dit le paragraphe 86 (2) de la Loi :

Le Tribunal d'appel n'instruit pas, n'entend ni ne juge l'appel d'une décision ou d'une ordonnance de la Commission à moins que les procédures que la Commission a mises au point... n'aient été épuisées et que la Commission ait rendu une décision ou une ordonnance définitive à ce sujet.

Dossiers ouverts

Le fait qu'un dossier soit fermé ne met pas fin au droit d'un travailleur à l'indemnisation. Si l'accident occasionne des périodes d'invalidité supplémentaires, il se peut que des indemnités additionnelles soient payables.

Les récurrences donnent droit à des indemnités en vertu de la Loi sur les accidents du travail parce qu'elles résultent de lésions corporelles survenant du fait et au cours de l'emploi.

Le décideur reconnaît une récurrence lorsqu'il y a compatibilité médicale évidente ou un ensemble convenable de compatibilité médicale et de continuité, et absence d'un nouvel accident.

Politique opérationnelle 02-04-02

préalable lorsque les travailleurs se déplacent à la demande de la CAT. Elles peuvent comprendre également le paiement de l'allocation vestimentaire versée aux travailleurs qui doivent porter une prothèse ou une attelle en raison de leurs lésions (voir la section 06 du *Manuel des politiques opérationnelles*).

Agents d'indemnisation 7

Après que les demandes d'indemnisation ont été acceptées et que les versements initiaux ont été effectués, les dossiers sont confiés aux agents d'indemnisation qui les examinent régulièrement et qui sont chargés :

- de prendre les décisions au sujet de l'admissibilité aux indemnités et aux programmes (p. ex., genre de traitement, accident résultant du traitement d'une lésion reliée au travail, etc.);
- de communiquer de façon régulière avec le travailleur et l'employeur;
- d'orienter le travailleur en réadaptation professionnelle dès qu'il devient évident que la RP est requise, et au plus tard six mois après la date d'enregistrement 8;
- de déterminer quand un travailleur est en mesure d'occuper l'emploi d'avant l'accident, et d'en aviser toutes les parties 9;
- de déterminer quand un travailleur est en mesure d'accomplir un travail modifié, et d'en aviser toutes les parties 10;
- de déterminer si le travailleur a atteint la RMM;
- de transmettre le dossier en vue de l'indemnité pour perte non économique (PNE) s'il semble que le travailleur, lorsqu'il a atteint la RMM, est atteint de déficience permanente 11;
- de transmettre le dossier en vue de l'indemnité pour perte économique future (PEF) lorsqu'il semble vraisemblable que le travailleur sera atteint de déficience permanente ou lorsque le travailleur est atteint de déficience temporaire pendant douze mois consécutifs 12;

- d'autoriser la prolongation des versements, à intervalle de deux semaines, pour les travailleurs qui ne sont pas retournés travailler.

Pour faciliter le processus, l'agent d'indemnisation envoie régulièrement des rapports de suivi afin d'obtenir des renseignements à jour pour confirmer l'admissibilité continue aux indemnités. Les rapports de suivi des praticiens (formulaires 26 et 26C), envoyés par la poste aux travailleurs, sont particulièrement importants. Les travailleurs sont chargés de les remettre aux praticiens pour qu'ils les remplissent. Grâce au formulaire 41, Rapport du travailleur (évolution), l'agent est informé de la date des consultations médicales, de ce que juge le travailleur au sujet de son rétablissement, et de la date estimative du retour au travail du travailleur.

Réadaptation professionnelle (RP)

Tout au long du processus, les décideurs sont chargés d'identifier le plus rapidement possible les travailleurs qui vraisemblablement ne reprendront pas l'emploi d'avant la lésion. En vertu d'un échéancier déterminé, il faut communiquer avec le travailleur dans les 45 jours qui suivent la date d'enregistrement, et l'orientation obligatoire doit se faire au plus tard six mois après la date d'enregistrement (voir le *Bulletin des politiques*, vol. 4, n° 4, ainsi que les politiques 07-01, 07-02, 07-03 et 07-04 du *Manuel des politiques opérationnelles*).

PNE

Les travailleurs blessés qui atteignent la RMM et qui sont atteints d'une déficience permanente ont droit à l'indemnité pour perte non économique (PNE). Ces travailleurs reçoivent par la poste une liste des médecins (tirée du tableau de la CAT) qui effectuent des évaluations médicales dans leur région. Lorsque le travailleur a arrêté son choix sur un médecin du tableau des médecins de la CAT, la CAT prend les dispositions en vue d'un rendez-vous. L'agent calcule le montant de l'indemnité et verse l'indemnité en fonction du rapport du médecin du tableau (voir le *Bulletin des politiques*, vol. 4, n° 5, et les politiques 05-06 du *Manuel des politiques opérationnelles*).

PEF

Les travailleurs dont les gains postérieurs à l'accident, après la RP, seront vraisemblablement inférieurs à leurs gains d'avant l'accident peuvent avoir droit à une indemnité pour perte économique future (PEF). Pour calculer le montant de l'indemnité, l'agent d'indemnisation pour PEF compare le montant des gains d'avant l'accident au montant des gains que le travailleur devrait être en mesure de toucher, après la RP, dans un emploi approprié et disponible. L'indemnité est révisée 24 mois après la détermination initiale, et également 60 mois après la détermination initiale.

La CAT met en réserve l'équivalent de 10 % de l'indemnité pour PEF chaque mois pour offrir au travailleur une pension de retraite à 65 ans (voir le *Bulletin des politiques*, vol. 4, n° 5, et les politiques 05-05 du *Manuel des politiques opérationnelles*).

Droit de contestation

Toute partie intéressée peut, en tout temps, contester une décision prise relativement à un dossier.

Le travailleur ou l'employeur dont les intérêts sont lésés par une décision de la Commission des accidents du travail a le droit de contester cette décision en tout temps. La révision des décisions est un processus qui comporte quatre étapes.

55 ans
DD +
60 mois
DD +
24 mois

Si la réponse est non : si le travailleur blessé continue d'être atteint d'invalidité et qu'il n'est pas en mesure de retourner travailler, le dossier est transmis électroniquement à l'USI appropriée où il est pris en charge par un agent d'indemnisation. **7**

Unités de services intégrés (USI)

Remarque : Le code postal de l'employeur détermine quelle USI traitera la demande.

Les agents chargés de l'admissibilité des

demandes **4** traitent toutes les demandes pour lesquelles aucune décision n'a été prise relativement à l'admissibilité. Ainsi, si l'agent d'indemnisation primaire n'a pas été en mesure de prendre une décision en fonction des renseignements contenus dans le formulaire 7, ou qu'un dossier a été établi en fonction de renseignements autres que ceux du formulaire 7, il incombait à l'agent chargé de l'admissibilité des demandes d'effectuer toute autre enquête supplémentaire qu'il jugera nécessaire pour pouvoir décider d'accepter ou de refuser la demande d'indemnisation.

Ce processus peut exiger que l'on pose des questions au travailleur, à l'employeur et au médecin traitant du travailleur — il peut même exiger que l'on enquête sur l'accident (voir la politique 02-01-04, Enquêtes relatives aux demandes d'indemnisation, du *Manuel des politiques opérationnelles*).

Si, six semaines après la date d'enregistrement, les agents chargés de l'admissibilité des demandes ne sont toujours pas en mesure de prendre une décision en raison du manque de renseignements, ils doivent en informer toutes les parties intéressées et leur expliquer les raisons du retard.

Au plus tard douze semaines après la date d'enregistrement, les agents chargés de l'admissibilité des demandes doivent avoir pris une décision d'accepter ou de refuser la demande; lorsque des renseignements essentiels sont toujours manquants, ils abandonnent la demande. (Selon les données statistiques disponibles au moment où le présent article a été rédigé, environ 98 % des demandes d'indemnisation avaient été traitées à la douzième semaine, au plus tard, suivant l'enregistrement.)

DE +
12 semaines

DE +
6 semaines

Y a-t-il admissibilité?

Si la réponse est non : si, compte tenu de tous les renseignements contenus dans le dossier, les politiques et la loi, le travailleur n'est pas admissible à l'indemnisation, la demande est refusée. De plus, si le travailleur néglige de fournir, dans le délai de douze semaines, les renseignements requis pour prendre une décision, aucune autre mesure n'est prise et la demande est considérée comme étant abandonnée.

Le travailleur et l'employeur en sont informés et le dossier est fermé. **3**

(Selon les données statistiques disponibles au moment où le présent article a été rédigé, environ 1,2 % des

demandes de 1992 avaient été refusées et 6,6 % avaient

Par ailleurs, lorsque des renseignements tardent à parvenir de la part d'un employeur, l'agent chargé de l'admissibilité des demandes examine les renseignements fournis par le travailleur ou le médecin traitant, ou les deux, ou encore par le médecin-conseil de la Commission (en l'absence d'un rapport du médecin traitant), et il prend une décision en fonction des renseignements disponibles.

Si la réponse est oui : si l'agent chargé de l'admissibilité des demandes décide d'accepter la demande d'indemnisation, le versement initial est effectué. **5**

Si les faits pour et contre ont la même valeur, le décideur doit régler la demande en faveur du travailleur blessé.

Si l'accident est survenu du fait de l'emploi, sauf preuve du contraire, il est présumé être survenu au cours de l'emploi.
Par 4 (3)

La décision relative à une demande d'indemnité prévue par la présente loi est prise conformément au fond du droit et à l'équité du cas. S'il est impossible de régler la question parce que les preuves pour ou contre ont approximativement la même valeur, la question est réglée en faveur de l'auteur de la demande.
Par 4 (4)

Avant pris la décision au sujet de l'admissibilité initiale, les décideurs doivent envisager les questions suivantes.

Le travailleur est-il en mesure de reprendre

son travail d'avant la lésion?

Si la réponse est oui : si la demande d'indemnisation est acceptée et que le travailleur blessé est en mesure de retourner à l'emploi qu'il occupait avant l'accident, l'agent chargé de l'admissibilité des demandes avise toutes les parties intéressées; le dossier électronique est fermé et archivé. **6**

Si la réponse est non : si la demande d'indemnisation est acceptée et que le travailleur blessé continue d'être atteint d'invalidité et qu'il n'est pas en mesure de retourner travailler, le dossier est transmis électroniquement à l'USI appropriée où il est pris en charge par un agent d'indemnisation. **7**

Le travailleur est-il atteint de déficience

permanente?

Si la réponse est oui : dès que le travailleur atteint la réadaptation médicale maximum (voir la politique 05-03-11, RMM, du *Manuel des politiques opérationnelles*), les décideurs peuvent orienter le travailleur en vue d'une évaluation pour PNE. **11**

Soins médicaux — Pendant que se poursuit le travail sur l'admissibilité et la gestion des demandes par les agents, les agents des soins médicaux se chargent de l'autorisation et du paiement des prestations de soins médicaux auxquelles les travailleurs blessés ont droit. Ces prestations peuvent, par exemple, comprendre le paiement aux établissements de soins, ainsi que le paiement des frais de déplacement, d'hébergement et de repas autorisés au

Le personnel de l'identification et de

l'enregistrement 1

vérifie chaque pièce de courrier et compare les données d'identification qui y apparaissent aux données du système d'indemnisation informatisé des travailleurs (SITT) pour voir si une demande d'indemnisation a déjà été enregistrée.

S'il existe une demande d'indemnisation, les nouveaux documents sont ajoutés par lecture optique au dossier du travailleur qui se trouve dans le système de traitement

d'images (voir la page 2); les décideurs sont avisés que de nouveaux documents ont été versés aux dossiers d'indemnisation auxquels ils ont été attribués.

Si aucun dossier n'existe :

- la demande est enregistrée le jour même [c'est la date d'enregistrement (DE)],
- un nouveau dossier électronique est créé, les documents sont lus optiquement,
- un numéro de dossier est attribué, et
- un formulaire 6, « Avis d'accident ou de maladie (travailleur) » (formulaire n° 0006B), est envoyé au travailleur pour qu'il le remplisse et le retourne.

Si la demande est enregistrée au moyen d'un formulaire 7 et qu'une lésion est déclarée, cette demande est transmise

électroniquement aux Services de

l'indemnisation primaire. Si le formulaire 7 fait état d'une maladie professionnelle, la demande est transmise à l'Unité des dossiers complexes (maladies) (UDC-M). Toutes les autres demandes donnant lieu à des dossiers établis au moyen d'autres documents — rapports de médecin, lettres, messages télécopiés — sont transmis directement à l'Unité de services intégrés (USI) appropriée.

(Voir la liste des bureaux de la CAT et des numéros de télécopieur à la page 5.)

Les agents d'indemnisation primaire 2

traitent environ 1 000 demandes relatives à des lésions — déclarées sur le formulaire 7 — par jour.

Cela ne signifie pas que toutes les demandes relatives à des lésions et déclarées au moyen du formulaire 7 peuvent être traitées par ces agents; en effet, les agents d'indemnisation primaire doivent examiner chaque demande pour voir s'ils ont suffisamment de renseignements pour pouvoir prendre une décision sur-le-champ.

Le système de traitement d'images

Depuis 1990, tous les nouveaux dossiers d'indemnisation sont établis par traitement d'images, système informatique qui permet l'image photographique de tous les documents d'un dossier. Quelque 10 000 nouveaux documents sont lus optiquement chaque jour.

Le système de traitement d'images est relié à d'autres systèmes de traitement des indemnités et des prestations de soins médicaux utilisés pour inscrire toutes les données pertinentes nécessaires afin de calculer les versements d'indemnités et de prestations de soins médicaux. Il est également relié aux systèmes du secteur du revenu utilisés pour inscrire les antécédents des employeurs en matière d'accidents et les coûts des employeurs.

Le système de traitement d'images — le premier et le plus vaste du genre au Canada — élimine la nécessité d'établir, de ranger et de maintenir les dossiers en papier. L'image électronique des documents est plutôt emmagasinée, ce qui permet aux décideurs de toute la province d'avoir accès aux dossiers. Un agent de réadaptation professionnelle et un agent d'indemnisation peuvent, par exemple, consulter le même dossier en même temps et ajouter leurs commentaires directement dans le dossier.

Y a-t-il admissibilité?

Si la réponse est non : si le travailleur n'a pas droit à l'indemnisation, la demande est refusée. 3

Toutes les parties intéressées sont avisées par lettre. Le dossier est fermé et, après 30 jours, il est archivé, transféré sur disque optique. (Si le dossier doit être rouvert plus tard, il peut être restauré en quelques minutes.)

Si une décision ne peut être prise : si la demande d'indemnisation est telle qu'une décision ne peut être prise en fonction du formulaire 7, ou si l'employeur conteste la demande d'indemnisation, le dossier est transmis électroniquement à l'USI appropriée où il est confié à un agent chargé de l'admissibilité des demandes. 4

Si la réponse est oui : si tous les renseignements nécessaires ont été reçus, et que les détails de la demande sont simples, la demande peut être admise et un chèque d'indemnités peut être envoyé par la poste. 5

À ce stade-ci, si le formulaire 6 envoyé par la poste au travailleur par le personnel de l'identification et de l'enregistrement n'a pas été soumis, les décideurs doivent observer certaines limites quant au montant du premier versement d'indemnités effectué. Par exemple, si la demande est enregistrée dans les sept jours qui suivent la date de l'accident, la période maximale couverte par le premier versement d'indemnités est de deux semaines.

Pour recevoir des indemnités au-delà de cette période, le travailleur doit remplir et retourner le formulaire 6. À ce stade-ci, l'agent d'indemnisation primaire doit prendre la prochaine série de décisions et poser au départ la toute importante question : Le travailleur a-t-il repris son travail d'avant la lésion? Si la réponse est oui, et que le travailleur n'est atteint d'aucune déficience permanente, le dossier est fermé. 6

Avant d'être admise, une demande d'indemnisation doit contenir cinq éléments de base — méthode de vérification en cinq points — c'est-à-dire qu'il y a :

- un employeur
- un travailleur
- une lésion reliée au travail
- une preuve d'accident
- un diagnostic cadrant avec la description de l'accident ou de l'incapacité

Surviv du processus d'indemnisation

En réponse à la demande des lecteurs d'obtenir une explication simplifiée du processus d'indemnisation, nous tentons de présenter dans le présent numéro du *Bulletin des politiques* un aperçu du processus d'indemnisation, sous forme de schéma (encart). Mais il est impossible, dans un schéma, de s'arrêter aux caractéristiques propres à chaque cas de travailleur ou à l'application de la loi et des politiques qui se fait dans chaque cas, parfois selon des échéances très précises. C'est ce en quoi consiste l'indemnisation. En fait, l'indemnisation est un processus au cours duquel de vraies personnes prennent des décisions au sujet de vraies personnes. Ceci dit, nous invitons les lecteurs à se familiariser avec les signes qui apparaissent dans le schéma et à consulter le schéma à mesure qu'ils lisent le texte. Dans le schéma, les numéros des diverses étapes renvoient au texte principal. Certaines des échéances énoncées dans la Loi ou dans les politiques sont indiquées dans la partie supérieure du schéma et dans le texte. Comme les services et les programmes de réadaptation professionnelle, la perte non économique (PNE) et la perte économique future (PEF) ont déjà été traités dans des numéros précédents (vol. 4, n° 4 et vol. 4, n° 5), nous ne faisons que mentionner ces aspects sommairement.

millions de travailleurs une protection en cas d'accident relié au travail. Même si les méthodes routinières peuvent varier d'une région à une autre, ou d'une USI à une autre, les programmes, les services, les principes d'indemnisation, les directives, les politiques et la loi sont les mêmes pour tous.

Le processus débute aussitôt que la Commission reçoit l'avis qu'un travailleur a subi une lésion + 3 jours

L'idéal est de transmettre les renseignements au moyen du formulaire 7, «Avis d'accident de travail et de maladie professionnelle (employeur)» (formulaire n° 0007B).

Cependant, en l'absence du formulaire 7, le dossier peut être établi au moyen d'un rapport de médecin, d'un rapport de travailleur, d'un appel téléphonique, d'une lettre ou d'un message télécopié.

Des milliers de pièces de courrier sont livrées chaque jour aux bureaux de la CAT en Ontario; de ce courrier, environ 1 500 nouveaux dossiers (1 600 l'année dernière) sont établis le jour même. Le courrier doit d'abord être ouvert, puis être trié en deux catégories, selon que les documents sont reliés à une demande d'indemnisation ou ne le sont pas. Ce travail se poursuit toute la journée, et le courrier relié à une demande d'indemnisation est acheminé aux Services de l'identification et de l'enregistrement.

Pour de nombreuses personnes, le cheminement que doit suivre une demande d'indemnisation en cours de traitement ressemble à un labyrinthe aux dédales infinies. En fait, malgré les formulaires et les lettres, les appels téléphoniques et les diverses décisions qui doivent être prises dans certains cas, le cheminement est plutôt direct pour la plupart des demandes, et il est bien qu'il en soit ainsi compte tenu du grand nombre de demandes que traite la Commission.

Imaginez 31 grands autobus scolaires garés le long de la rue chaque matin, remplis à craquer de travailleurs qui ont subi un accident relié au travail. Votre travail consiste à établir un dossier pour chacun de ces travailleurs, le jour même. La tâche n'est pas facile, et pourtant la CAT doit l'entreprendre chaque jour.

Depuis qu'elle a ouvert ses portes, la Commission a enregistré quelque 19 millions de demandes d'indemnisation. Si la plupart de ces demandes sont réglées dans la première semaine, de nombreuses autres prennent plusieurs mois, plusieurs années même, dans le cas de travailleurs qui ont subi des lésions graves ou qui sont atteints de déficience permanente.

Aujourd'hui, il existe dans la province 18 bureaux ou unités de services intégrés (USI) qui offrent à plus de 200 000 employeurs de l'Ontario une assurance sans égard à la responsabilité et qui garantissent à quatre

Chaque fois que survient une lésion ou une maladie reliées au travail qui empêche un travailleur de gagner son plein salaire ou oblige celui-ci à recevoir des soins médicaux, l'employeur doit, dans les trois jours civils qui suivent, déclarer l'accident au moyen d'un formulaire «Avis d'accident de travail et de maladie professionnelle (employeur)» ou d'une version de ce formulaire, autorisée au préalable et préparée par l'employeur.

Politique opérationnelle 02-02-03

L'Avis d'accident ou de maladie (travailleur) (formulaire 0006B) est envoyé automatiquement au moment où une demande d'indemnisation est enregistrée... Les décisions initiales touchant l'admissibilité ne sont pas retardées si le formulaire n'a pas été versé au dossier. Le formulaire, en effet, ne constitue pas nécessairement un préalable à la détermination de l'admissibilité...

Politique opérationnelle 02-02-02

3 1761 11468761 9

